

3/10

# Ontslagen Psychiatrische Patiënten

Een  
longitudinaal  
onderzoek  
naar  
heropname

**A.C. van den Hout**



# ONTSLAGEN PSYCHIATRISCHE PATIËNTEN

**Promotores:** Prof. Dr. J.M. Persoon  
Prof. Dr. A.J. Felling  
**Co-referent:** Prof. Dr. C.J. Trimbos

**Manuscriptcommissie:**  
Prof. Dr. A. Albinski  
Prof. Dr. P.B. Bierkens  
Prof. Dr. A.A. Fischer



# **ONTSLAGEN PSYCHIATRISCHE PATIËNTEN**

**Een longitudinaal onderzoek naar heropname**

## **PROEFSCHRIFT**

**TER VERKRIJGING VAN DE GRAAD VAN DOCTOR IN DE  
GENEESKUNDE AAN DE  
KATHOLIEKE UNIVERSITEIT TE NIJMEGEN,  
OP GEZAG VAN DE RECTOR MAGNIFICUS  
PROF. DR. J.H.G.I. GIESBERS  
VOLGENS BESLUIT VAN HET COLLEGE VAN DEKANEN  
IN HET OPENBAAR TE VERDEDIGEN**

**OP DONDERDAG 11 APRIL 1985 DES NAMIDDAGS OM 4.00 DOOR**

**ANTONIUS, CHRISTIAAN, ADRIANUS VAN DEN HOUT**

**geboren te Alphen en Riel (N.Br.)**

Omslag : Bert Arts, Zutphen  
Druk : ITS-Nijmegen

**CIP-GEGEVENS KONINKLIJKE BIBLIOTHEEK, DEN HAAG**

Hout, Antonius Christiaan Adrianus van den

Ontslagen psychiatrische patiënten: een longitudinaal onderzoek naar heropname /  
Antonius Christiaan Adrianus van den Hout . – Nijmegen: Instituut voor Toegepaste  
Sociologie.

Proefschrift Nijmegen – Met bibliogr.

**ISBN 90-6370-438-0**

SISO 606.86 UDC 616.89-056.34

Trefw.: ex-psychiatrische patiënten.

© 1983 Instituut voor Toegepaste Sociologie, Nijmegen

Niets uit deze uitgave mag worden verveelvoudigd en/of openbaar gemaakt door middel van druk,  
fotokopie, microfilm of welke andere wijze ook, zonder voorafgaande toestemming van de uitgever

No part of this book may be reproduced in any form, by print, photoprint, microfilm or any other means  
without written permission from the publisher

*Point n'est besoin d'espérer  
pour y entreprendre  
Ni de réussir  
pour persévérer*

*(Guillaume le Taciturne)*



'Zijn huwelijk met een voormalige prostituee telde talrijke crisissituaties. Regelmatig vierde deze neurotische (persoon) zijn aanvallen van woede en grootheidswaanzin bot op deze vrouw.... Uit de psychiatrische kliniek waarin hij na twee zelfmoordpogingen opgenomen was, werd hij ontslagen met de aantekening 'geen genezing'..... Hij ontwierp uiteindelijk een eigen positivistische catechismus, maakte gebeden, hield een eigen concilie en kroonde zichzelf tot Paus.'

Dit is geen uittreksel uit het dossier van een van de psychiatrische patiënten die hebben geparticipeerd in het onderzoek waarvan hier verslag wordt gedaan. Het is een beschrijving door Buyks en van Tillo (1981: 51) van de 'uitvinder' van de sociologie, Auguste Comte (1798-1857).

Van een van de grootmeesters van de sociologie, Max Weber (1864-1920) is bekend dat hij leed onder ernstige depressies, op grond daarvan zijn hoogleraarschap in Heidelberg al na een jaar opgaf en om zijn geest af te leiden reizen ondernam naar de cultuurgebieden van Europa.

'Hij las veel filosofische, sociologische en (kunst)historische literatuur.... Hier stootte hij voor het eerst op het thema van rationaliteit dat zijn sociologisch inzicht zou stimuleren' (Goddijn, 1980: 23). Deze inzichten zullen later (1904) resulteren in zijn befaamde studie over de relatie tussen de protestantse ethiek en het kapitalisme.

Comte was een ontslagen psychiatrische patiënt. Weber werd voor zijn problemen niet opgenomen maar benutte andere hulpverleningsvormen. Beiden hebben bij voortduring gemanifesteerd, ondanks hun handicap sociologie te kunnen bedrijven. Zou het mogelijk zijn dat voortdurende aanslagen op psychische draagkracht, zelfs zodanig dat de grens van het existentiële wordt bereikt, mensen er toe dwingt zich te bezinnen op de 'essentialia' van het leven?

Hoe dan ook, afgaande op de 'meesters van de sociologische gedachte' (Coser, 1971) hebben sociologie en psychiatrie vanaf het prille begin een zekere verhouding met elkaar gehad.

In dit boek wordt geprobeerd deze relatie te specificeren en te illustreren. Het handelt over ex-psychiatrische patiënten; mensen ontslagen uit psychiatrische ziekenhuizen. Ze werden daarin opgenomen ofwel omdat ze met zichzelf en/of met de samenleving geen raad wisten, ofwel omdat de samenleving niet met hen overweg kon. Zouden ze er na hun ontslag beter aan toe zijn? Worden uit een psychiatrisch ziekenhuis erkend volwaardige mensen ontslagen of erkend onvolwaardige ex-patiënten? Hoe definiëren zij zelf hun ontslagen-zijn; hoe hun sociale relaties; hoe hun hulpverleners?

Het idee om via onderzoek vanuit een sociologische optiek meer inzicht te krijgen in de situatie van ex-psychiatrische patienten werd door Drs J Smilde, directeur-geneesheer van het psychiatrisch ziekenhuis St Franciscushof te Raalte ingebracht in het directieoverleg van de samenwerkende psychiatrische ziekenhuizen van Raalte, Ermelo, Deventer, Warnsveld, Wolfheze en Apeldoorn. In samenwerking met Dr R Bambang-Oetomo, op dat moment werkzaam bij een van de zes ziekenhuizen, werd het idee uitgewerkt. Dit kreeg daarna het fiat van de zes directies, hetgeen betekende dat het voorstel kon worden bediscussieerd met de diverse geledingen in elk psychiatrisch ziekenhuis (medische staf, verpleegkundige staf, maatschappelijk werk). Op grond van hun toestemming zouden ontslagpatienten en hulpverleners om medewerking kunnen worden verzocht. In februari 1979 kwam de eerste accoordverklaring binnen (Raalte), in januari 1980 besloot het APZ van Apeldoorn alsnog niet te participeren.

Daaropvolgens werden de psychiatrische ziekenhuizen van Venray (St Servaas) en Boekel (Huize Padua) verzocht in het onderzoek te participeren.

Deze gaven aan de uitnodiging op korte termijn gehoor, zodat uiteindelijk zeven ziekenhuizen in het onderzoek participeerden.

Het onderzoek werd mogelijk gemaakt door de financiële ondersteuning van het Ministerie van Welzijn, Volksgezondheid en Cultuur (toendertijd Ministerie van Volksgezondheid en Milieuhygiene geheten) en van het Nationaal Fonds voor de Geestelijke Volksgezondheid. De kosten voor projectleiding en statistische ondersteuning werden door de Katholieke Universiteit van Nijmegen gedragen.

Ten behoeve van het welslagen van het onderzoek werd een begeleidingscommissie ingesteld. In eerste instantie hebben daarin zitting genomen Dr M Oosterlee (als voorzitter) en Drs J Smilde respectievelijk medisch directeur en directeur-geneesheer van de psychiatrische ziekenhuizen te Wolfheze en Raalte, Drs W Scheffer en Dr C Knipscheer beiden sociologisch onderzoeker van het Instituut voor Toegepaste Sociologie respectievelijk het Sociologisch Instituut, Drs W Stofsel, psychiater en destijds leider van het Regionaal Centrum voor Geestelijke Gezondheidszorg te Zwolle en voornoemde Dr R Bambang-Oetomo.

In een later stadium werden aan de begeleidingscommissie toegevoegd Drs M Haveman (medisch socioloog) benoemd vanuit het Ministerie van WVC, B Fleming (hoofd sociaal psychiatrisch werk) van 'het Groot Graffel' te Warnsveld, Drs P Theuws (socioloog) van Huize Padua te Boekel, Drs M Stockman (sociologie) van St Servatius te Venray, Drs R Oosterhof (medisch socioloog) van Veldwijk te Ermelo. Bovendien werd Prof Dr R Giel (Rijks Universiteit Groningen) bereid gevonden waar nodig het project als extern adviseur bij te staan.

Helaas mocht Drs Stofsel de voltooiing van het onderzoek niet meemaken. Met hem ontviel aan de commissie een deskundig en aimabel man.

Het onderzoek is derhalve tot stand gekomen met de steun van vele instanties en personen. Ik ben hen daarvoor zeer erkentelijk.

Het psychiatrisch Ziekenhuis 'Wolfheze' verdient inzake deze steun bijzondere vermelding. Niet alleen werd 80 procent van dit boek in dat ziekenhuis op paviljoen 'Avondrust' geschreven, ook werd in dat ziekenhuis op het paviljoen voor opname, observatie en kortdurende behandeling het onderzoeksinstrumentarium ontwikkeld en getest.

Bijzondere vermelding verdienen ook de patiënten, de intramurale hulpverleners en de hulpverleners van de diverse nazorginstanties. Als belastingbetalers maakten zij dit onderzoek reeds (ongewild) mogelijk; hun bereidheid verdubbelde hun aandeel. Hopelijk zijn zij degenen die het meest van dit onderzoek de resultaten zullen plukken.

Een laatste vermelding geldt de medewerkers van het Universitaire Sportcentrum van de Katholieke Universiteit van Nijmegen. De laatste hoofdstukken van dit boek werden daar geschreven. De professionele ondersteuning en motiverende belangstelling bij de uitvoering van een werkprogramma dat dank zij een sportieve afwisseling kon worden uitgevoerd, creëerden het klimaat waardoor de ratio draaglast-draagkracht zijn positieve waarde bleef behouden.

De bijwerking van promoveren is dat men er mensen mee leert kennen; soms levert dit een positieve soms een negatieve definitie op. Steeds levert het nieuwe inzichten voor toekomstig handelen.

Mijn collega's Wil Scheffer en Kees Knipscheer kunnen worden gedefinieerd als mensen die hun taak als adviseur hebben opgevat alsof daaraan geen grenzen waren; ze waren er als het nodig was, stimulerend, relativerend, geduldig en vooral betrouwbaar.

Als onderzoekscoördinatrice was Magda Hermsen samen met de afdeling onderzoeksorganisatie van het ITS uiterst efficiënt en effectief; bovenal was zij een steun en toeverlaat wanneer belasting overbelasting dreigde te worden. Op hun specifieke wijze hebben Lucia Boerma, Ben Stumpel, Jacques van der Putten en Jan Lammers een essentiële bijdrage aan het project geleverd.

De wijze waarop Ben van Nugteren, Marijke Linssen en de andere medewerkers van de afdeling tekstverwerking van het ITS zich hebben ingezet om dit manuscript tijdig gereed te hebben is tekenend voor hun werkopvatting. Dit geldt ook voor Michel Zwanenburg die de summary verzorgde. Peer Schepers en Josef Bruers waren op een bijzondere wijze en niet alleen als onderzoeksassistenten tegenwoordig; collegialiteit heeft iets met die bijzondere wijze te maken.

Promotores mogen volgens het promotiereglement niet worden bedankt. Jean en Bert, jullie moeten maar afwachten of mijn toekomstig handelen zal getuigen van de grote waardering die bij mij is gegroeid tijdens het promotieproces dat zoals een van jullie het uitdrukte 'door externe factoren extra onder druk kwam te staan en waarmee de differentiële waarde die ten aanzien daarvan in een sociaal netwerk wordt gehanteerd aan het licht komt'.

Mijn laatste vermelding geldt iemand die er niet meer is. Schrijvend aan dit boek zijn mijn gedachten vaak bij Bernard geweest die ooit eens de fotografische illustrering van dit proefschrift voor zich claimde. Het afscheid voor de Andesexpeditie was een afscheid voor altijd en maakte mij attent op de 'essentialia' van mijn leven.



<b>Deel I — DE CARRIÈRE VAN DE PSYCHIATRISCHE PATIËNT THEORETISCH EN PRACTISCH BENADERD</b>	<b>1</b>
<b>Algemene inleiding</b>	<b>1</b>
<b>Hoofdstuk 1 — PROBLEEMSTELLING EN OPERATIONALISE- RING</b>	<b>3</b>
1.1. De probleemstelling van het onderzoek	3
1.1.1. Inleiding: De gedachte achter het onderzoek	3
1.1.2. Vraagstelling	4
1.1.3. Relevantie van het onderzoek	4
1.1.4. Theoretisch belangrijke concepten	5
1.1.4.1. De discussie rond psychische stoornis	5
– Psychische stoornis	5
– Carrière	7
– Sociale omgeving	9
– Etikettering	9
1.1.4.2. De discussie rond psychiatrisch behandelen	10
– Psychiatrisch behandelen	10
– Het algemeen psychiatrisch ziekenhuis	12
– Psychiatrische patiënten	13
– De-institutionalisering	14
1.1.4.3. De discussie rond heropname	15
– Het begrip heropname	15
– Eerder onderzoek inzake de predictie van heropname	16
1.1.5. Samenvatting van de probleemstelling	18
1.2. De operationalisering en de analyse	19
1.2.1. De operationalisering van de vraagstelling	19
1.2.1.1. Waarom een longitudinaal onderzoek bij de ex-patiënt en zijn hulpverlener?	19

1.2.1.2.	Operationalisering van de belangrijkste begrippen	21
1.2.2.	De analyse	22
1.2.3.	Beperkingen van het onderzoek	23
1.2.3.1.	Inleiding	23
1.2.3.2.	Beperkingen samenhangend met de gekozen optiek	23
1.2.3.3.	Beperkingen samenhangend met de begripsafbakening en de operationalisering	24
1.2.4.	Operationalisering en analyse samengevat	25
1.3.	Samenvatting	26
<b>Hoofdstuk 2 — OPZET EN ORGANISATIE VAN HET ONDERZOEK</b>		31
Inleiding		31
2.1.	De onderzoekspopulatie	31
2.1.1.	De definitie van de onderzoekspopulatie en de bepaling van de steekproef	31
2.1.2.	De omvang van de steekproef en de uitval	34
2.1.3.	De representativiteit	38
2.1.4.	Conclusies	42
2.2.	Onderzoeksvorbereidingen, instrumentarium en dataverzameling	42
2.2.1.	Onderzoeksvorbereidingen	42
2.2.2.	Onderzoeksinstrumentarium	44
2.2.3.	De gegevensverzamelingen	47
2.2.4.	Conclusies	48
2.3.	Samenvatting	49
<b>Hoofdstuk 3 — ENKELE KENMERKEN VAN DE ZEVEN PARTICIPERENDE ALGEMENE PSYCHIATRISCHE ZIEKENHUIZEN (APZ-EN), VAN DE ONDERVRAAGDE EX-PATIËNTEN EN DE ONDERVRAAGDE HULPVERLENERS</b>		51
Inleiding		51
3.1.	Achtergronden van de participerende APZ-en	51
3.1.1.	Functioneren en taak	51
3.1.2.	Regionale samenhang	53
3.1.3.	Capaciteit	54
3.1.4.	Financiële aspecten	55
3.1.5.	Ontwikkelingen in opname en ontslag	56
3.1.6.	Behandelprogramma's: uitgangspunten en voorwaarden	57
3.1.7.	Opname- en ontslagbeleid	58
3.1.8.	Conclusies	59

3.2.	Kenmerken van de ondervraagde ex-patiënten	60
3.2.1.	De demografische situatie	60
3.2.2.	De klinische situatie	62
3.2.3.	Bivariate verbanden tussen de kenmerken	66
3.2.4.	Conclusies	67
3.3.	Kenmerken van de ondervraagde hulpverleners	68
3.3.1.	Algemene karakteristiek	68
3.3.2.	De hulpverleners ondervraagd bij het ontslag van de ex-patiënten	69
3.3.3.	De hulpverleners uit de 'nazorg'	71
3.3.4.	Conclusies	73
3.4.	Samenvatting	74

## ***Deel II — DE CARRIÈRE VAN DE PSYCHIATRISCHE PATIËNT EMPIRISCH BENADERD***

77

### **Algemene inleiding**

77

### ***Hoofdstuk 4 — DE EERDERE HULPVERLENINGSERVARING EN DE OPNAME IN HET APZ***

79

#### **Inleiding**

79

4.1.	De eerdere hulpverleningservaring	80
4.2.	De opname	81
4.3.	De vrijwilligheid van de opname	83
4.4.	Bivariate samenhangen tussen de kenmerken van de ex-patiënten en indicatoren rond de préfase en de opname	88
4.5.	Samenvatting	90

### ***Hoofdstuk 5 — DE PATIËNTFASE: BEHANDELING, ONTSLAG- VOORBEREIDING EN ONTSLAG***

93

#### **Inleiding**

93

5.1.	Enkele aspecten van de intramurale behandeling	94
5.1.1.	Behandelplan, doel en inhoud van de behandeling	94
5.1.2.	Sociale relaties en intramurale behandeling	100
5.1.3.	Bivariate verbanden tussen de kenmerken van de ex-patiënten en de indicatoren betreffende de intramurale behandeling	102

5.2.	De beoordeling van de intramurale behandeling en de ontslagsituatie	104
5.2.1.	De beoordeling door ex-patiënten en hulpverleners	104
5.2.2.	Ontslagvoorbereiding en ontslag	107
5.2.3.	Afspraken voor de periode na het ontslag	110
5.2.4.	Het functioneren van de ex-patiënt op het ontslagmoment	112
5.2.5.	Bivariate verbanden tussen de kenmerken van de ex-patiënten en de indicatoren betreffende de behandel-evaluatie en de ontslagsituatie	115
5.3.	Samenvatting	117
<b>Hoofdstuk 6 — DE EX-PATIËNTFASE, PROBLEMATIEK EN OPLOSSINGSMOGELIJKHEDEN</b>		<b>123</b>
<b>Inleiding</b>		<b>123</b>
6.1.	Situatie na ontslag	124
6.1.1.	Inleiding	124
6.1.2.	Leef- en woonsituatie	124
6.1.3.	Werksituatie	125
6.1.4.	Woon-, werk- en leefsituatie naar demografische en klinische kenmerken	128
6.2.	Het problematische van de ex-patiëntsituatie	129
6.2.1.	Inleiding	129
6.2.2.	Algemene problematiek	130
6.2.3.	Specifieke problematiek: etikettering en terugval	132
6.2.4.	Het problematische van het ex-patiënt zijn	143
6.2.5.	De ex-patiëntproblematiek naar demografische en klinische kenmerken	144
6.3.	Verbetering c.q. verslechtering van de situatie van de ex-psychiatrische patiënt	146
6.3.1.	Inleiding	146
6.3.2.	De persoonlijke toestand van de ex-patiënt bij het ontslag	146
6.3.3.	Verbetering of verslechtering	148
6.3.4.	Is bij iedere ex-patiënt sprake van verbetering in de maanden volgend op het ontslag?	152
6.4.	Samenvatting	153

<b>Hoofdstuk 7 — BEGELEIDING VOLGEND OP HET VERBLIJF IN EEN APZ</b>	<b>159</b>
<b>Inleiding</b>	<b>159</b>
7.1. Organisatie en realisering van de nazorg	160
7.2.1. De organisatie	160
7.1.2. De realisering	168
7.1.3. Samenvatting	171
7.2. Ex-patiënt en hulpverlener in de nazorg	172
7.2.1. Motivatie voor de nazorg	172
7.2.2. Participatie in de nazorg	174
7.2.3. Behandelplan in de nazorg	175
7.2.4. Inhoud van de nazorg	176
7.2.5. Doel van de nazorg en samenwerking tussen nazorg en APZ	178
7.2.6. Sociale relaties en nazorg	180
7.2.7. Samenvatting	183
7.3. Beëindiging en beoordeling van de nazorg	185
7.3.1. De beëindiging van de nazorg	185
7.3.2. De beoordeling van de nazorg door de ex-patiënten	186
7.3.3. Samenvatting	188
7.4. Nazorg door wie en voor wie	189
7.4.1. Enkele demografische kenmerken en nazorg	189
7.4.2. Diagnose en nazorg	190
7.4.3. Eerdere opname en nazorg	193
7.4.4. Enkele veronderstellingen onderzocht	195
7.4.5. Samenvatting	197
7.5. Besluit inzake de nazorg	199
<b>Hoofdstuk 8 — HEROPNAME EN MOGELIJKE PREDICTOREN</b>	<b>203</b>
8.1. Inleiding	203
8.2. De realiteit rond heropname	204
8.2.1. Heropname in cijfers	204
8.2.2. Verwachte en onverwachte heropname	205
8.2.3. Samenvatting	207
8.3. Enkele patiëntkenmerken en heropname	207
8.3.1. Demografische kenmerken	207
8.3.2. Klinische kenmerken	209
8.3.3. Samenvatting	210
8.4. Sociale integratie en heropname	211
8.4.1. Geïntegreerdheid van de ex-patiënt in een sociaal netwerk	211
8.4.2. Maatschappelijke weerbaarheid	212
8.4.3. Samenvatting	213

8.5. Psychiatrische behandeling en heropname	213
8.5.1. De intramurale behandeling	213
8.5.2. Typen ex-patiënten, heropname en behandeling	215
8.5.3. Nazorg	220
8.5.4. Samenvatting	221
8.6. Ex-patiënt-situatie, draagkracht, problematiek en heropname	223
8.6.1. Ex-patiënt-situatie en draagkracht	223
8.6.2. Algemene problemen en terugval	225
8.6.3. Extra-handicap: stigmatisering	227
8.6.4. Bevordert stigmatisering heropname?	229
8.6.5. Samenvatting	232
8.7. Samenvatting over heropname	233

### ***Deel III — DE CARRIÈRE VAN DE PSYCHIATRISCHE PATIËNT: SAMENVATTING EN BELEIDSSUGGESTIES***

237

#### ***Inleiding***

237

#### ***Hoofdstuk 9 — SAMENVATTING***

239

9.1. Aanleiding, kernbegrippen en vraagstelling van het onderzoek	239
9.2. Organisatie, steekproef, verloop van het onderzoek	240
9.3. Kenmerken van de participerende APZ-en en van de geïnterviewde patiënten en hun hulpverleners	241
9.4. De pré-fase en de opname in het APZ	243
9.5. De patiëntfase: behandeling, ontslagvoorbereiding en ontslag	245
9.6. De ex-patiëntfase: problematiek en oplossingsmogelijkheden	248
9.7. De begeleiding volgend op het verblijf in een APZ	251
9.8. Heropname en mogelijke predictoren	253
9.9. Enkele ontmythologiserende opmerkingen tot slot	256

#### ***Hoofdstuk 10 — ENKELE BELEIDSSUGGESTIES***

259

10.1. Inleiding	259
10.2. Psychosociale problemen en psychische problemen	260
10.3. De positie van de psychiatrische patiënt	261
10.4. De intra- en de extramurale zorg	262
10.5. De RIGG-vorming	265
10.6. Kanttekeningen rond de effectiviteit van de zorg in termen van heropname binnen één jaar na het ontslag	266

<b>NOTEN</b>	<b>271</b>
<b>BIBLIOGRAFIE</b>	<b>277</b>
<b>BIJLAGEN</b>	<b>289</b>
<b>SUMMARY</b>	<b>335</b>
<b>CURRICULUM VITAE</b>	<b>341</b>





# DE CARRIÈRE VAN DE PSYCHIATRISCHE PATIËNT THEORETISCH BENADERD

## Algemene inleiding

Het eerste deel van dit onderzoeksverslag bevat de theoretische achtergronden van het onderzoek alsook een presentatie van de informanten die voor het onderzoek zijn geselecteerd.

Ex-psychiatrische patiënten staan in dit onderzoek centraal; het onderzoek gaat over één fase van wat Goffman (1961) de carrière van de psychiatrische patiënt noemt, namelijk de ex-patiënt-fase.

Het gaat in dit onderzoek dus om mensen die voor kortere of langere tijd in een algemeen psychiatrisch ziekenhuis<sup>1</sup> (APZ) verbleven (en niet om mensen die als patiënt op een PAAZ<sup>2</sup> verbleven of in behandeling waren bij een vrijgevestigd zenuwarts).

Naast elkaar bestaan in de publieke opinie ten aanzien van mensen die in een APZ verbleven, minimaal twee opvattingen: het zijn ontslagen patiënten en dus 'genezen'; het zijn ex-psychiatrische patiënten en dus 'niet helemaal genezen'. Men zou kunnen veronderstellen dat waar de opname in een APZ een publieke legitimering is van 'wat men reeds dacht: iemand is niet goed bij zijn hoofd', het ontslag uit het APZ een publieke legitimering zou zijn van het weer 'normaal' zijn. Uit een groot aantal studies blijkt evenwel dat mensen uit de sociale omgeving van ex-psychiatrische patiënten maar al te vaak laten merken dat hun eerdere definitie van iemand, die bevestigd werd door de psychiatrische opname, door het ontslag uit het APZ niet ongedaan wordt gemaakt (Scheff, 1963b; Nijhof e.a., 1980; Paull, 1980; Steadman, 1981). Een 'ex-gek' is voor velen nog zeer lang, zo niet voor altijd, een potentiële 'gek'. In werkelijkheid wordt iemand ook niet als volkomen 'gezond' ontslagen. In het algemeen, waar in de gezondheidszorg het ontslag uit het ziekenhuis meestal gevolgd wordt door een periode van 'revalidatie', is dat variis modiis ook bij het ontslag uit een APZ het geval; de nazorg<sup>3</sup> vervult daarin een belangrijke functie. Het verschil tussen beide soorten 'ontslag' ligt blijkbaar hierin dat de revalidatie van een normaal 'geval' verondersteld wordt te leiden tot een sociaal acceptabele manier van functioneren, terwijl men dat wel kan nastreven maar minder gemakkelijk bereikt bij het ontslag van iemand die door het feit van de opname 'anders' bleek dan men verwachtte. Vandaar dat de patiënt zich tijdens de behandeling heeft moeten voorbereiden op een hernieuwd functioneren in de samenleving (Pols, 1980); de samenleving zelf heeft zich niet moeten voorbereiden op het weer opnemen van een normale relatie.

Integendeel, ervan uitgaand dat het voor iemand die ontslagen wordt uit een psychiatrisch ziekenhuis onmogelijk is nog voor 100 procent te functioneren, heeft zij zich eerder voorbereid op een nieuwe relatie gebaseerd op het etiket 'ex-gek'. Daarmee worden ex-patiënten (zoals ook ex-delinquenten) a-priori-verdachten: mensen aan wie hogere eisen worden gesteld dan aan een 'normaal' iemand. Hoewel zij hun plaats ogenschijnlijk weer kunnen innemen, is hun sociale identiteit niet meer dezelfde; die zullen ze of moeten heroveren (Albin, 1981), of ze zullen met een nieuwe genoeg moeten nemen: een waaraan lage eisen worden gesteld. Het ex-psychiatrisch-patiënt-zijn kan derhalve naar onze mening alleen bestudeerd worden als integraal onderdeel van de carrière van de psychiatrische patiënt: geïsoleerd van de 'pré-patiënt'- en de 'in-patiënt'-fase kan de 'ex-patiënt'-fase niet begrepen worden. Als informanten nemen in dit onderzoek naast de ex-psychiatrische patiënten zelf ook 'hun' hulpverleners een centrale positie in. In de gekombineerde informatie van de ex-psychiatrische patiënt en 'zijn' hulpverlener over hetgeen de ex-patiënt meemaakt, ligt het specifieke van dit onderzoek. Vandaar dat in dit eerste deel naast uitgebreide aandacht aan de vraagstelling van het onderzoek (Hoofdstuk 1) ook de wijze waarop we beide informantencategorieën hebben geselecteerd en konden benaderen. (Hoofdstuk 2) en de karakteristieke kenmerken van deze beide categorieën (Hoofdstuk 3), worden beschreven.

## **1.1. De probleemstelling van het onderzoek**

### **1.1.1. Inleiding: de achtergrond van het onderzoek**

'Becoming a mental patient is not a simple matter of getting sick or having a 'nervous breakdown' and going to a mental hospital'. Zo beginnen Price en Denner (1973: 1) hun reader 'The making of a mental patiënt'. Om enig inzicht te krijgen in het proces van het psychiatrisch-patiënt-worden, moeten we volgens hen een onderscheid maken in individuele gedragsverschillen en in de sociale reactie op die verschillen. De individuele verschillen zoals intellectuele en (inter)persoonlijke vermogens (o.a. incasseringsvermogen) zijn zowel door opvoeding als door structurele en genetische factoren bepaald. De combinatie van de persoonlijke vaardigheden bepaalt veelal hoe mensen op bepaalde situaties reageren en daarmee ook hoe de sociale reactie op hun gedrag zal zijn. Is de reactie van iemand op een bepaalde situatie eenmaal door de sociale omgeving opgemerkt, dan treden geheel andere factoren in werking. Juist deze sociale reactie op iemands gedrag bepaalt niet alleen of iemand normaal of afwijkend is, maar tevens of iemand als een 'psychiatrisch geval' wordt beschouwd of niet. Zoals het complexe samenspel van persoonsgebonden factoren van groot belang is voor iemands gedrag in bepaalde situaties, zo is er ook een complex samenspel van factoren die van groot belang zijn voor de reactie van de sociale omgeving op iemands gedrag. De greep die de sociale omgeving op mensen heeft kan zo groot zijn dat zij hun eigen lot niet meer in handen hebben.

De voorafgaande reflexies hebben geleid tot de volgende stelling: niet alleen het opgenomen worden in een algemeen psychiatrisch ziekenhuis wordt voorafgegaan door een bepaalde persoonlijke problematiek; maar ook het ontslagen worden uit een algemeen psychiatrisch ziekenhuis wordt (opnieuw) gevolgd door een (mogelijke andersoortige) persoonlijke problematiek die de ene ex-patiënt beter verwerkt dan de andere. Of met de woorden van Goffman:

'if and when he (de patient) gets out, his social position on the outside will never be quite what it was prior to entrance. ...When the proactive status is unfavourable, as it is for those who graduate from prisons or mental hospitals, we can employ the term 'stigmatization' and expect that the ex-inmate may make an effort to conceal his past and try to 'pass' (Goffman, 1961: 70).

Dit onderzoek probeert inzicht te krijgen in wat Goffman (1961: 121) de 'ex-patiënt-fase' noemt in de carrière van de psychiatrische patiënt; een fase die hij niet uitwerkt. Ten behoeve van dit inzicht willen we in dit onderzoek de ex-patiënt-situatie zo goed mogelijk beschrijven; heropname kan daarvan een onderdeel zijn. Voorzover dit laatste het geval is, zullen we proberen predictieve factoren daarvoor op het spoor te komen.

### **1.1.2. Vraagstelling**

De vraagstelling van het onderzoek is globaal: 'wat ervaren psychiatrische patiënten na hun ontslag uit een psychiatrisch ziekenhuis:

- met welke problemen worden zij geconfronteerd;
- welke hulp krijgen zij daarbij van hun sociale omgeving;
- zijn er factoren die een heropname voorkomen.

In navolging van Goffman menen we dat de 'ex-patiënt'-fase niet los kan worden gezien van de 'pre-patiënt' en de 'in-patiënt'-fase. Vandaar dat bij de vraagstelling hoort:

- wat is van belang te weten uit de 'pre-' en de 'in-patiënt'-fase ten behoeve van het inzicht in de 'ex-patiënt'-fase en een mogelijke heropname.

Kortom: de vraagstelling richt zich op iedere conditie die een individu c.q. die de omgeving van een individu er toe brengt opnieuw hulp in te roepen van een APZ. Hoewel bij de vraagstelling de nadruk ligt op de loopbaan van de psychiatrische patiënt, wil dat niet zeggen dat in het onderzoek de carrière van de individuele patiënt in de tijd wordt gevolgd en getypeerd.

### **1.1.3. Relevantie van het onderzoek**

Het 'waarom' van het onderzoek heeft zowel een wetenschappelijke als een maatschappelijke achtergrond.

- a. Wat betreft de wetenschappelijke relevantie bestaat de noodzaak om psychische stoornissen, vanuit verschillende gezichtspunten te bestuderen. De studie van de ex-psychiatrische patiënt is zo complex, dat de toekomst van de ex-patiënt gediend is met een multi-disciplinaire benadering.

Waar vooral vanuit de medische discipline aan dit gegeven aandacht is besteed, wil dit onderzoek vooral vanuit de sociologische discipline daaraan aandacht besteden.

- b. Inzake de maatschappelijke relevantie proberen we aan de volgende punten aandacht te schenken:
  - met de onderzoeksresultaten kan een aantal bestaande beleids- en richtlijnen op landelijk niveau op hun 'vanzelfsprekende' uitgangspunten worden doorgelicht;

- de resultaten kunnen daarnaast ten goede komen aan de psychiatrische hulpverlening zoals de organisatie ervan en het behandelingsbeleid;
- het onderzoek levert een aantal empirische gegevens op over de sociale en de persoonlijke situatie van ex-psychiatrische patiënten; met behulp van deze gegevens kan een verbetering van hun situatie worden nagestreefd;
- het onderzoek inventariseert een aantal sociale omstandigheden welke als obstakels in het hulpverleningsproces zijn opgetreden ofwel dit proces positief hebben bevorderd;
- via het onderzoek kan tenslotte meer inzicht worden verkregen in de achtergronden van heropnames.

Kortom: naast de informatieve functie die een dergelijk onderzoek heeft, worden mogelijk ook factoren ontdekt die een predictieve relatie vertonen met heropname of zelfs een causaal verband daarmee.

Dit alles lijkt zeer veelbelovend; men dient echter te bedenken dat de relevantie van het onderzoek niet zozeer uit de voornemens (de 'input'), maar veeleer uit de effecten (de 'output') blijkt<sup>4</sup>.

### **1.1.4. Theoretisch belangrijke concepten**

#### **1.1.4.1. De discussie rond psychische stoornis**

*Psychische stoornis: twee verklaringsmodellen*

De vraag hoe nu eigenlijk psychische stoornis naar zijn oorzaak en verschijningsvorm gedefinieerd moet worden, heeft de laatste decennia veel stof tot discussie gegeven. Als exponenten nemen we de discussie zoals die tussen Scheff en Gove gevoerd is in de periode 1964-1979 (Scheff 1964 t/m 1979; Gove 1970 t/m 1982).

Scheff beschouwt psychische stoornis in eerste instantie als een vorm van afwijkend gedrag met daaraan gekoppeld een deviante carrière. Het uitgangspunt van deze visie is dat afwijkend gedrag dat sociaal gedrag is, dat als zodanig wordt benoemd. Daarmee wordt de pretentie dat er objectieve criteria zijn op grond waarvan gedrag als sociaal afwijkend wordt beoordeeld, verworpen. Afwijkend wordt afhankelijk gesteld van de norm-interpretatie en norm-aanleg van de sociale omgeving (de sociale netwerken) waarvan iemand deel uitmaakt. Het benoemen van gedrag als afwijkend (etikettering) en het beperken van gedragsalternatieven op grond van dat etiket (stigmatisering), hebben daarmee de vorm van een proces gekregen wat vaak uitmondt in een nieuwe (in dit geval decante) identiteit.

Gove daarentegen beschouwt psychische stoornis als een uiting van een organisch of psychisch defect of als uiting van beide in combinatie met elkaar.

Met betrekking tot de vraag: hoe wordt iemand psychisch gestoord, verdedigt Gove (1964: 873) het standpunt dat psychische stoornis ontstaat als gevolg van een kwaliteit van de persoon zelf: een organische of psychische ontregeling. Scheff (1966)

verdedigt daarentegen de opvatting dat psychische stoornis ontstaat door de reactie van de sociale omgeving op bepaalde vormen van afwijkend gedrag: het sociale etiket 'psychisch gestoorde' is startpunt van een carrière.

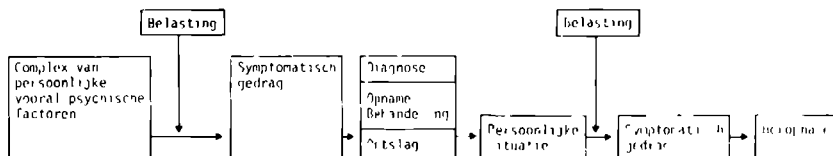
Voor Gove is psychische stoornis te 'genezen' als de oorzaak bekend is voor Scheff is psychische stoornis als sociaal gegeven niet of zeer moeilijk te 'genezen', afhankelijk als dit gegeven en het daarbij behorende etiket is van het heersende cultuurpatroon en van de daarop gebaseerde vormen van sociale interactie.

Voor Gove is de kans op heropname vooral afhankelijk van het niet of onvolledig genezen zijn, voor Scheff is deze kans vooral afhankelijk van het feit of de ex-patiënt kan leven met een nieuwe identiteit die gebaseerd is op het etiket 'psychisch gestoorde' en dat meer negatieve inhoud bevat over iemands sociale functioneren dan alleen een psychiatrische diagnose. Bij Scheff gaat het dan ook eerder over het schenden van sociale normen door iemand dan over intrapsychische roerselen van deze persoon (Scheff 1966: 25). Bij Gove gaat het om het 'psychiatrisch concept' dat op zich niets te maken heeft met de sociale reactie daarop; bij Scheff gaat het om de psychische stoornis als sociaal fenomeen en dat heeft alles te maken met de reactie van de sociale omgeving. Horwitz (1979: 298) zegt hierover:

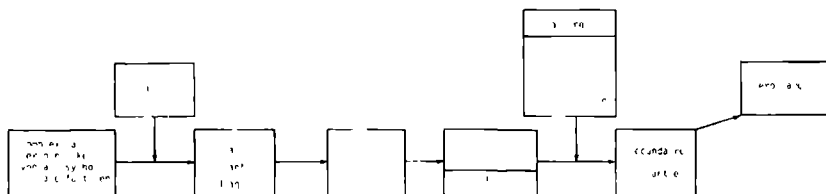
'Whereas the psychiatric concept of mental illness explains how personality systems become disordered, the labeling concept explains how observers interpret and classify behavior'.

In een globaal schema zouden de verklaringen die Gove respectievelijk Scheff voor ogen hebben, als volgt kunnen worden weergegeven (schema 1.1 en 1.2).

*Schema 1.1 — Verklaring van psychische stoornis volgens Gove*



*Schema 1.2 — Verklaring van psychische stoornis volgens Scheff*



Zijn beide verklaringen met elkaar te rijmen en zo ja hoe dan?

Voor Horwitz is het samengaan van beide opvattingen als volgt denkbaar: 'Sociologists who accept the psychiatric concept of mental illness have valuable contributions to make to the understanding of the relationship between social systems and personality systems' (Horwitz, 1979: 299). Daarmee bedoelt hij te zeggen dat als sociologen de bron van de psychische stoornis nu maar zouden willen accepteren als liggend bij de persoon zelf, ze een belangrijke bijdrage zouden kunnen leveren aan de studie van psychische stoornis door hun nadruk op de sociale aspecten ervan.

In onze opvatting zijn de biologische (en ook (klinisch) psychologische) opvattingen over psychische stoornis enerzijds en de sociologische anderzijds totaal verschillend van uitgangspunten en verklaringswijze. Dat betekent echter niet dat psychische stoornis niet onderzocht kan worden vanuit deze verschillende standpunten (Cockerham 1979: 257). Dit wordt ook door Scheff overigens niet ontkend. Hij stelt daaromtrent: 'These remarks should not be taken to suggest that there is no internal experience associated with 'symptomatic' behavior; the individual with symptoms does experience distress and suffering. The point is however, that public consensual 'knowledge' of mental illness is based, by and large, on knowledge not of these internal states but of their overt manifestations' (1975: 8). De verschillen zijn naar onze mening met name verschillen in benadering. De biologische (en psychologische) opvatting benadrukt de persoonlijke individuele condities die de basis vormen voor sociaal acceptabel gedrag en voor een individuele 'belastbaarheidsmaat'. De sociologische opvatting benadrukt het sociale proces dat op gang komt als de balans belastbaarheid-belasting doorslaat naar overbelasting en naar het daarmee verbonden sociaal afwijkend gedrag, dat leidt tot een nieuwe vaak opgedrongen sociale identiteit. Daarmee wordt ook iets gezegd over samenlevingsvormen en daarmee samenhangende rolpatronen.

In ons onderzoek gaat het in eerste instantie om het laatstgenoemde sociale proces (hoewel we het proces zelf in strikte zin niet zullen kunnen onderzoeken). Zowel de individuele als sociale condities waaronder dit proces plaatsvindt komen op de tweede plaats. We zullen onze aandacht vooral richten op de interactie tussen individu en samenleving en op de beleving van de patiënt van het ex-patiënt-worden. Aangezien de begrippen loopbaan (c.q. carrière), sociale omgeving en etikettering daarbij een centrale rol vervullen, zullen we die eerst nader uiteenzetten.

### *Carrière*

Goffman (1961) onderscheidt in het begrip carrière als de belangrijkste fasen: de 'pre-patiënt'-fase, de 'in-patiënt'-fase en de 'ex-patiënt'-fase (Goffman 1961: 121). De term pre-patiënt-fase stamt uit een tijdperk en meer nog uit een denkwereld, waarin behandelen vóór een intramurale opname niet als een serieuze activiteit werd gezien. Echt behandeld word je pas na een klinische opname; je wordt dan ook pas een echte serieuze patiënt. Het begrip ex-patiënt-fase stamt uit hetzelfde tijdperk. Omdat voor Goffman de patiënt-fase de spil is van de patiënt-carrière, werkt hij deze ex-fase zelfs niet uit.

Om de aansluiting met het carrière-begrip te behouden zullen we toch de termen pre-en ex-patiënt-fase blijven hanteren.

De pre-patiënt-fase ofwel het tot psychiatrisch-patiënt worden, wordt gekenmerkt door een opeenstapeling van (sociale) problemen die de ruimte die iemand nodig heeft voor zijn sociale functioneren, steeds verder inperken. Ook Jenner en Frets wezen op deze opeenstapeling (Jenner, e.a. 1981). De betrokkene kan dan in een kanaal voor psychische probleemgevallen terechtkomen, zoals er bijvoorbeeld ook een justitieel kanaal is voor 'aankomende' criminelen. In de Nederlandse verhoudingen kan zo'n pre-fase gekarakteriseerd worden door een reeks min of meer teleurstellende hulpverleningservaringen. Ondanks de geboden hulp kan er dan een onhoudbare situatie ontstaan (Hatfield, 1978). Over het algemeen is de opname in een psychiatrisch ziekenhuis het begin van een nieuwe fase in de psychiatrische behandeling. Voor de sociale omgeving is het ook vaak het begin van een 'echte' behandeling. Deze in-patiënt-fase heeft een aantal belangrijke consequenties voor de patiënt zelf. Door Goffman (1961) zijn deze uitgebreid beschreven. Ook op de sociale omgeving heeft de opname zijn uitwerking. Er treden een aantal stereotypen in werking: 'As is commonly suspected, the mentally ill are regarded with fear, distrust, and dislike by the general public' (Nunnally, 1969). Veel van deze stereotypen bestaan op basis van onkunde en vooroordeel; een onkunde en een vooroordeel die evenzeer opgaan voor en zelfs afgeleid zijn van wat er in het psychiatrisch ziekenhuis gebeurt (Reinhardt-Schnadt, 1973) of wat men denkt dat er gebeurt. Het risico voor de psychiatrische patiënt die ontslagen wordt is derhalve gelegen in de mogelijkheid dat hij na zijn ontslag geconfronteerd wordt met een verandering in denk- en handelwijze van zijn sociale omgeving tegenover hem, die hij door zijn isolement niet heeft kunnen meebeleven. Kortom: sociologisch gezien is de patiënt-fase van belang voor de ex-patiëntsituatie door het ontstaan van een 'legale' etikettering en stigmatisering en door het feit dat de patiënt en diens sociale omgeving onafhankelijk van elkaar, veranderingen doormaken. Dat de ex-patiënt-fase naast de al eerder vermelde reactiewijze van de samenleving op de ex-psychiatrische patiënt, ook sterk beïnvloed wordt door de pre- en in-patiënt-fase, is ook te constateren bij Spitzer en Denzin (1968), die deze invloed meer specifiek toewijzen aan een viertal gegevens die op de behandeling betrekking hebben:

- a. het participatieproces in de behandeling: wat deed die patiënt met en in de behandeling ('behavioral event');
- b. het zelf-identificatie- en evaluatieproces: hoe beoordeelt de patiënt zichzelf in relatie tot de behandeling; wat heeft die hem gedaan ('definitorial event');
- c. het beslissingsproces ten aanzien van verdere hulp ('treatment decision');
- d. de formele en informele legalisering van het vertrek: mag de patiënt met ontslag, wil hijzelf wel of niet, moet hij ontslag.

Op grond van deze procesmatige aspecten van de behandeling, ontstaan zowel bij ex-patiënten alsook bij hulpverleners een aantal verwachtingen ten aanzien van het verdere functioneren van de patiënt in de ex-patiënt-fase.

Voor de ex-patiënten zullen deze aspecten bijzonder belangrijk zijn.



Het begrip sociale omgeving heeft betrekking op de sociale reactie op de opname en op het ontslag. In het kader van de probleemstelling dient het verder te worden uitgediept. Deze socialer omgeving kan in navolging van Mitchell (1969) opgevat worden als een sociaal netwerk, dat wil zeggen 'een specifieke set van relaties ('binds') tussen een gedefinieerde set van mensen met... de eigenschap dat de kenmerken van deze verbindingen als geheel gebruikt kunnen worden om sociaal gedrag van de betrokken personen te interpreteren'.

Een belangrijk onderscheid is dat tussen categoriaal netwerk (betreft een aantal personen met gezamenlijke kenmerken of relatietypen en egocentrisch netwerk (wordt genoemd door één actor en alle personen met wie de aktor op een of andere wijze is verbonden) (Boissevain, e.a., 1973).

Omdat in deze probleemstelling het (relationeel) functioneren van de ex-psychiatrische patiënt centraal staat, ligt het voor de hand de sociale omgeving van de ex-patiënt te bestuderen als een egocentrisch netwerk. Familie, gezin, buurt en werkcollega's c.q. de 'daily circles' (Goffman, 1969) beschouwen wij als primaire deelnetwerken daarvan. Primair omdat voor deze deelnetwerken in aanmerking komen de zogenaamde 'first order contacts', contacten waarmee betrokkene zich direct verbonden voelt (Spitzer, e.a., 1968) op niet louter conventionele wijze. Naast een integratieve en ondersteunende functie hebben primaire sociale (deel)netwerken volgens Knipscheer (1982) ook een interpretatieve functie: onderlinge communicatie op basis waarvan binnen het netwerk definities c.q. betekenissen van situaties en objecten worden ontwikkeld en gebruikt (Pilisuk, 1978; Larkin, 1977).

In de laatste decennia (Knipscheer, 1982) is een toenemende aandacht te signaleren voor het sociale netwerk waartoe de psychiatrische patiënt behoort (Laing e.a. 1964); men noemt het dan ook wel het patiënt-systeem. Omdat men dit systeem ziet in verband met de problematiek (alsof dat soms zelfs een bijdrage daaraan levert (Szasz, 1962; Hammel, 1973)) van de patiënt<sup>8</sup> wordt het bij de opname en de behandeling betrokken en men spreekt dan van systeembehandeling. Wordt iemand door de opname in een APZ geïsoleerd uit dat functionerende systeem, dan bestaat de kans dat hij zijn positie in dat netwerk na zijn ontslag niet meer terugvindt en een nieuwe positie niet wenst te accepteren. Dit wordt met name veroorzaakt doordat de participatie van de patiënt in zijn primair sociaal netwerk wordt onderbroken door het verblijf in het APZ<sup>9</sup>.

### *Etikettering*

In de weergave van de controverse tussen Scheff en Gove inzake psychische stoornis werd reeds de aandacht gevestigd op de reactie van de sociale omgeving op afwijkend gedrag. De idee van Scheff (1963) ten aanzien van psychisch gestoord gedrag is dat onder het begrip psychische stoornis een aantal normoverschrijdingen worden gevat

die niet onder de standaardlijst van etiketten vallen die een samenleving voor vaste normovertredingen tot haar beschikking heeft. Vandaar dat Scheff psychische stoornis als residuele deviantie ('overschot-deviantie') betitelt, en vandaar dat de inhoud van het etiket psychisch gestoord een veelheid van stereotypen herbergt die ieder lid van de samenleving van jongsaf krijgt aangeleerd en die via sociale interactiekanalen worden bevestigd en versterkt. Volgens Scheff worden aldus geëtiketteerde normafwijkers beloond wanneer ze de stereotype deviante rol spelen die bij het etiket behoort. En daarmee is een essentieel moment in de carrière van de psychiatrische patiënt bereikt. Aldus komt Scheff tot de 'final causal' hypothese dat 'among residual deviants, labeling is the single most important cause of careers of residual deviance' (Scheff 1963; 452).

De ex-patiënt-situatie wordt in dit onderzoek gezien als het resultaat van de interactie tussen de ex-patiënt en de leden van zijn sociaal netwerk. Het is als het resultaat te beschouwen omdat de benoeming van het gedrag van de ex-patiënt in de préfase van zijn carrière leidde tot de opname in een APZ. De achtergronden van dit gedrag van de ex-patiënt kunnen gevormd worden door wat Wing en Brown (1970) 'premorbid handicaps' (zoals een geringe begaafdheid, een laag opleidingsniveau<sup>10</sup>) en primaire handicaps (de eigenlijke psychopathologie, zoals een denk- of stemmingsstoornis) noemen.

De ex-patiënt-situatie is ook als resultaat van genoemde interactie te beschouwen, omdat de wijze waarop de ex-patiënt na zijn ontslag uit het APZ door zijn netwerk tegemoet wordt getreden en als ex-patiënt sociaal wordt behandeld, een extra-handicap creëert, voorbehouden aan het ex-psychiatrische-patiënt-zijn. Aan deze situatie kan ten grondslag liggen niet alleen wat Wing en Brown (1970) secundaire handicaps noemen (negatieve gevolgen van de opname zoals onzekerheid en sociale angst) maar ook het stereotype denken en de daarmee verbonden intolerante houding van de samenleving ten aanzien van ex-psychiatrische patiënten<sup>11</sup>.

#### **1.1.4.2. De discussie rond psychiatrisch behandelen**

##### *Psychiatrisch behandelen*

Nauw verbonden met psychische stoornis is het begrip psychiatrisch behandelen c.q. genezen. Bij Litt (1978) is psychiatrisch behandelen de poging om de verloren gegane systeemeigenschappen te herwinnen. Bij Ormel (1980) heeft het te maken met het herstel van een evenwichtige verhouding tussen belasting en belastbaarheid. In beide gevallen dient men te diagnosticeren en de oorzaken weg te nemen. In de somatische gezondheidszorg zijn deze twee activiteiten samen vaak de inhoud van de term behandelen. Men dient zich te realiseren dat in de geestelijke gezondheidszorg 'goed behandelen' niet altijd identiek is aan 'goed genezen'.

In dit onderzoek is behandelen de poging tot 'goed genezen' en dat houdt volgens ons in:

- dat patient én hulpverlener de psychische problematiek onderkennen,
- dat de patient leert leven met de belasting die deze problematiek met zich meebrengt,
- dat (een deel) van de onderkende problematiek (soms) kan worden opgelost,
- dat het achteruitgaan van de persoonlijke mogelijkheden van de patient om zinvolle prikkels van anderen te ontvangen en daarop zinvol te reageren, tot staan wordt gebracht

Deze elementen zijn ook terug te vinden in het eerste ontwerp voor een toelichting op de erkenningsnormen, waar het gaat om de psychiatrische hulpverlening als multidisciplinaire benadering. Deze toelichting stelt daaromtrent het volgende: 'Deze benadering hangt ten nauwste samen met het feit, dat de patient in een psychiatrische instelling niet uitsluitend als individuele zieke wordt benaderd, maar ook de wisselwerking met de omgeving bij de behandeling wordt betrokken. Deze opvatting over de psychiatrische patient en psychiatrische hulpverlening houdt enerzijds in dat aan materiele behoeften op het gebied van wonen, werken en recreëren en aan immateriele behoeften als verantwoordelijkheid, vrijheid, zelfontplooiing en waardering wordt tegemoet gekomen, doch anderzijds dat het zogenaamde 'patient-systeem' mede in de beschouwing wordt betrokken' (Toelichting, 1980: 3).

Indirect hangt met het multi-disciplinaire karakter samen de aandacht voor de verschillende invalshoeken bij de behandeling, hoewel het feit van meerdere disciplines in de behandeling op zich niet garant staat voor een breder perspectief op de problematiek van de patient.

Of iemand uiteindelijk voor behandeling opgenomen wordt, is sterk afhankelijk van een onderhandelingsproces tussen de psychisch gestoorde, zijn naasten en deskundigen en de met ordehandhaving belaste autoriteiten.

Of er na een opname (intramuraal) behandeld wordt is sterk afhankelijk van de mate waarin de patient en zijn hulpverlener (team) over de aard van de opnameproblematiek en de wijze hoe daarmee om te gaan een zekere vorm van overeenkomst kunnen bereiken.

Soms wordt deze overeenkomst in een globaal behandelplan ondergebracht en verder uitgewerkt en bijgesteld via (dag- en/of week-)programma's.

Soms krijgt deze overeenkomst de vorm van een behandelcontract waarin wordt opgenomen wat er tijdens het verblijf in het APZ gaat gebeuren en soms ook wat er op straffe van sancties niet dient te gebeuren (non-contracten) (Kouwenhoven 1977 en 1984).

Voor het welslagen van de behandeling is ook van belang het klimaat dat rond de behandeling gecreëerd wordt.

Diverse onderzoeken (Linn, 1968; Mayer e.a., 1974; Shiloh, 1968) hebben aangetoond dat patienten zeer gevoelig zijn voor humanitaire aspecten van hun verblijfsituatie die niet zoveel te maken hebben met de behandeling in enge zin. Het gaat hier met name om zaken als veiligheid, vertrouwen, zich gesteund weten door anderen, met elkaars denk- en doe-wereld overweg kunnen.

Bij de behandeling als geheel dient ook aandacht geschonken te worden aan de afstemming tussen de intra- en extramurale zorginstanties inzake de behandeling en de continuïteit daarvan. De organisatiesociologie kan aan dit facet van de behandeling een bijdrage leveren en bestudeert dan met name de interorganisatiele verhoudingen in de geestelijke gezondheidszorg (Godfroy, 1979). Het komt erop neer dat wanneer er tussen de intramurale en de extramurale zorg geen zekere mate van overeenstemming bestaat ten aanzien van de aard, de vorm en de inhoud van de psychiatrische en psycho-sociale hulpverlening, het 'succes' van de hulpverlening twijfelachtig wordt. Voor een 'succes' op langere termijn is nodig dat intra- en extramurale hulpverleners het met elkaar zoveel mogelijk eens zijn over de aard, de doelstelling, de inhoud en de onderlinge afstemming van de diverse onderdelen van de behandeling, begeleiding, hulpverlening of hoe men het ook noemt,

### *Het algemeen psychiatrisch ziekenhuis*

Ten behoeve van het (intramuraal) psychiatrisch behandelen fungeren Algemene Psychiatrische Ziekenhuizen (APZ).

De zogenoemde commissie Van Dijk verwijst in haar eindrapport (Werkgroep rechtspositie psychiatrische patiënten in APZ-en, 1980: 7) naar de definitie in het oorspronkelijke ontwerp van de wet BOPZ (stuk 11270 no. 2, zitting 1970-1971) van een psychiatrisch ziekenhuis: 'een ziekenhuis of afdeling van een ziekenhuis, bestemd voor en toegerust tot het opnemen van personen voor het ondergaan van een onderzoek of een behandeling door medische specialisten in verband met een gebrekkige ontwikkeling of ziekelijke stoornis van de geestvermogens'. In het gewijzigd ontwerp (stuk 11270 no. 9, zitting 1976-1977) zijn de woorden 'door medische specialisten' vervallen.

Blijkens de toelichting op het oorspronkelijk ontwerp vallen onder deze definitie zowel de algemene psychiatrische ziekenhuizen als de 'categorale' (TBR-inrichtingen, zwakzinnigeninrichtingen, geriatrie inrichtingen) psychiatrische ziekenhuizen die voorzieningen waarin de psycho-specifieke deskundigheid dominant is.

Het rapport verdeelt deze voorzieningen in intra-, extra- en semimurale voorzieningen in de G.G.Z.

Onder de intramurale voorzieningen vallen dan:

- de algemene psychiatrische ziekenhuizen<sup>12</sup> (APZ), psychiatrische afdelingen van algemene ziekenhuizen (PAAZ), psychiatrische universiteitsklinieken (PUK),
- categorale ziekenhuizen en verpleeghuizen of psychiatrische afdelingen daarvan (bejaarden).

Door de Nationale Ziekenhuisraad wordt in plaats van ziekenhuis, de term psychiatrisch centrum gebruikt omdat het gaat om meer hulpvormen binnen één organisatie.

Een van de voordelen van deze benaming boven de term ziekenhuis is naar onze mening dat deze laatste eerder verkeerde associaties kan oproepen:

- het roept het beeld op van één plaats, en één gebouw, terwijl het APZ meer een organisatie is met meer gebouwen op meer locaties;

- het roept het beeld op van alleen maar behandelen, terwijl het APZ een bundeling is van (behandel)activiteiten en zorgfuncties;
- het roept het beeld op van het behandelen van individuen, terwijl het APZ zich juist ook wil richten op de omgeving van het individu.

Omwille van het gangbare taalgebruik zullen wij in dit onderzoek ondanks de genoemde voordelen verbonden aan de term psychiatrisch centrum, toch de term algemeen psychiatrisch ziekenhuis (APZ) gebruiken.

Opgemerkt dient nog dat in de somatische gezondheidszorg de intramurale voorzieningen, op grond van de specialisatiegraad, tweede-lijns-voorzieningen zijn, terwijl de intramurale voorzieningen in de geestelijke gezondheidszorg, derde-lijns-voorzieningen zijn.

In dit onderzoek gaat het om ex-patiënten uit algemene (dus niet de categorale) psychiatrische ziekenhuizen in de zin als gehanteerd in het ontwerp van Wet BOPZ. Omdat bijna iedere patiënt is aangewezen op de financieringsregeling vervat in de Ziekenfondswet en de AWBZ, komt het er in de praktijk op neer dat als APZ kunnen worden beschouwd die ziekenhuizen die erkend zijn op grond van de normen van beide genoemde wetten.

### *Psychiatrische patiënten*

Onder psychiatrische patiënten worden in dit onderzoek verstaan: mensen die voor kortere of langere tijd worden opgenomen in een algemeen psychiatrisch ziekenhuis op grond van een psychiatrische problematiek die tot uitdrukking kwam in psychisch gestoord gedrag.

De term ontslagen worden uit een APZ heeft gezien wat we voorafgaand over psychiatrisch behandelen en de functies van het psychiatrisch ziekenhuis hebben opgemerkt, niet rechtstreeks te maken met wat we in het algemeen verstaan onder genezen-zijn, maar alleen met het verder functioneren van mensen buiten het APZ (zoals dat ook vaak geldt voor ex-patiënten van een 'gewoon' algemeen ziekenhuis). Daarbij kunnen ze zodanig begeleid worden dat ze een zo gering mogelijk beroep behoeven te doen op deskundige hulpverlening.

In het onderzoek heeft de term ontslagmoment een operationele inhoud: het is het moment waarop iemand voor de 'buitenwereld' het APZ verlaat, dat wil zeggen zijn 'bed' komt beschikbaar (Overzicht 1982: 3).

In de volksmond is het gegeven van ontslagen worden uit een APZ nauw verbonden met een term als 'terugkeer naar de normale samenleving'. Zelf vinden we dit een zeer ongelukkige terminologie die we zoveel mogelijk zullen proberen te vermijden. Inherent aan deze terminologie is immers de idee dat de mensen die in een APZ worden behandeld niet tot de normale samenleving behoren en het APZ daarbuiten zou staan. Iedereen, ook binnen de samenleving 'geïsoleerden', heeft een maatschappelijke positie in die samenleving: het APZ vervult daarin namelijk een duidelijke rol. Als patiënten na behandeling het APZ verlaten, keren ze niet terug naar de normale samenleving maar blijven daarin hun vroegere of een andere sociale positie innemen.

Ze keren hoogstens terug naar hun vroegere sociale omgeving dat wil zeggen de diverse sociale netwerken waarvan de patiënt deel uitmaakte. Met name de netwerken waartoe gezinsleden, familie, buren, vrienden en collega's behoren en die mogelijk als ondersteuningsnetwerken ('support systems', Caplan, 1974) kunnen optreden zijn hiermee bedoeld.

Overigens zijn in dit onderzoek alleen patiënten betrokken die na behandeling het APZ verlieten en dit niet verwisselden voor een andere intramurale setting: dus in de volksmond alleen zij die 'echt terugkeerden in de normale samenleving'.

### *De-institutionalisering*

We willen tenslotte niet volledig voorbijgaan aan de discussie die sinds enige jaren bestaat rond de vragen:

- a) of een intramurale 24-uurs behandeling wel zo'n effectieve behandelwijze is en
- b) of dat dan moet gebeuren in een APZ.

Kan men mensen, die psychisch gestoord worden genoemd, niet beter in hun oorspronkelijke omgeving laten blijven en hen (en soms ook hun omgeving) daar behandelen of begeleiden? De beweging in die richting vat men doorgaans samen onder de term 'de-institutionalisering'. Segal (1979: 52) omschrijft het als 'het plaatsen van patiënten uit psychiatrische inrichtingen met als doel: het voorkómen van chronische handicaps, de bescherming van de rechtspositie van patiënten en het reduceren van kosten van intramurale zorg'.

De de-institutionaliseringbeweging is met name een reactie op het negatieve dat met een opname en verblijf in een psychiatrisch ziekenhuis is verbonden. De gevolgen daarvan zijn door Goffman uitvoerig beschreven en Barton (1976) heeft zelfs een daaruit voortkomen gedragspatroon als 'institutional neurosis' gediagnosticeerd: reacties op het opgenomen zijn werden door behandelaars geïnterpreteerd als continuering van het opnamebeeld of als variaties daarop. Om dit gedrag te typeren werden begrippen als het 'totale institutionaliseringssyndroom' (Goffman, 1961), 'inrichtingssyndroom' (Freudenberg, 1962), 'social breakdown-syndroom' (Gruenberg, 1967) of 'institutionele regressie' (Basaglia, 1974) geïntroduceerd.

In relatie tot deze de-institutionaliseringbeweging is ook de (hernieuwde) belangstelling te verklaren voor de psychiatrische dag-, avond- en nachtbehandeling en de snelle doorstroming (meer patiënten en kortere verblijfsduur) in de psychiatrische inrichtingen.

Het een en ander is onder meer mogelijk geworden door de zeer snelle ontwikkeling van de psychofarmaca welke het mogelijk maakt dat mensen buiten de psychiatrische inrichting kunnen functioneren (waarbij de vraag blijft bestaan of dat te verkiezen is). De nadelige gevolgen van deinstitutionalisering verbonden, dient men echter ook in ogenschouw te nemen. Zo vermeldt de door Haveman (1982: 259) aangehaalde studie van Redlich en Kellert (1978), tussen 1950 en 1975 een stijging van het aantal heropnames met maar liefst 650 procent (!).

Dat het bovendien niet zonder meer mogelijk is ieder psychiatrische patiënt buiten het

APZ ondanks zijn beperkingen een enigszins menswaardig bestaan te verzekeren, wordt naar onze mening door Giel terecht voor het voetlicht gehaald (Giel 1984: 244-261).

#### **1.1.4.3. De discussie rond heropname**

##### *Het begrip heropname*

Ging Goffman al nauwelijks in op de ex-patiënt-fase, aan de heropname als mogelijke vierde fase in de carrière van de psychiatrische patiënt besteedt hij slechts met drie woorden aandacht in een voetnoot (Goffman 1961: 121) waar hij de heropname de 'recidivist or re-patiënt'-fase noemt.

Toch is deze vierde fase een wezenlijk onderdeel van de carrière. Dit niet alleen omdat volgens onze gegevens ongeveer 50 procent van de psychiatrische patiënten meer dan eenmaal in een APZ verbleef, maar ook omdat in een reeks van onderzoeken steeds naar voren komt hoe belangrijk het opnieuw opgenomen worden is voor het toekomstige functioneren van de ex-patiënt (Rosenblatt en Mayer, 1974). Voor de nieuwe sociale identiteit waartoe de carrière van de ex-psychiatrische patiënt leidt en voor de voortdurende herbevestiging daarvan is een eventuele heropname een belangrijk instrument in de interactie tussen samenleving en ex-patiënt. Voor de samenleving is een heropname steeds het duidelijkste bewijs van een 'onsuccesvolle' c.q. 'ongeneeslijke' ex-patiënt. Is voor dit 'onsuccesvolle' ook enige empirische evidentie? Wat is in de psychiatrie succes, wat mislukking? Mag iemand niet opnieuw met de psychiatrie in aanraking komen zonder daarmee meteen als 'failure' te worden geëtiketteerd? Ligt aan een dergelijke redeneerwijze niet een bepaald idee over gezondheid ten grondslag, dat nauw verband houdt met het ideaal van gaafheid?

Als wij de minst succesvolle ex-patiënt zouden definiëren als iemand die ondanks een maximum aan hulp steeds weer wordt heropgenomen en de meest succesvolle ex-patiënt als iemand die zonder enige hulp zich volledig op eigen kracht kan staande houden en optimaal functioneert, dan zijn er tussen deze twee parameters een groot aantal gradaties van succesvol en onsuccesvol denkbaar. Voor de samenleving echter is een heropname steeds het duidelijkste bewijs van een onsuccesvolle ex-patiënt. Toch zou men zich dienen af te vragen wat het materiële verschil is tussen degene die met voortdurende maximale hulp van anderen een heropname kan ontlopen en iemand die dat met een minimum aan hulp moet realiseren, daarin net niet slaagt en voor een korte duur eenmaal wordt opgenomen. Sociologisch ligt het essentiële verschil in het feit dat door de heropname, op welke wijze deze ook tot stand komt, de samenleving de eerste opname niet meer als een 'vergissing' beschouwt, maar als het begin van een 'ongeneeslijkheid'; of zoals Scheff (1963: 44) het stelt: het minimaliseren van de primaire deviante act wordt vervangen door etikettering en stigmatisering die leiden tot een deviante identiteit. Heropname is derhalve slechts ogenschijnlijk een eenduidig begrip: het gaat blijkbaar steeds om mensen die na een

verblijf in een APZ, na enige tijd opnieuw daarin worden opgenomen. Toch zijn er aan het begrip heropname ook een aantal terminologische problemen verbonden. Zo hanteert Haveman (1980) het begrip heropname niet voor mensen die minder dan vier dagen met ontslag waren. Hij doet dit weliswaar vooral om praktische redenen (overplaatsingen en weekendverloven), maar het lijkt hem ook inhoudelijk te verdedigen. Strict genomen zijn het natuurlijk wel heropnames en ze worden door het publiek ook zo gezien.

Voor heropname wordt ook de term 'recidivisme' gebruikt (Goffman, 1959; Rosenblatt en Mayer, 1974). Deze term lijkt me niet zo gelukkig: het wekt de indruk alsof alleen de ex-patiënt verantwoordelijk kan worden gesteld voor de heropname. Bovendien stamt de term uit het strafrecht en heeft daarmee in de volksmond een criminele bijbetekenis.

Serban en Gidynski (1974) gebruiken de term 'rehospitalization' wat mij objectiever en neutraler voorkomt als het tenminste niet met 'hospitalisatie' in verband wordt gebracht. Daaraan zit immers de bijmaak van verschijnselen die door Barton (1976) onder de term 'institutional neurosis' werden samengevat.

Alles afwegend hebben wij gekozen voor de term heropname: het gaat om opnieuw opgenomen ex-patiënten; zowel van de ex-patiënt als van zijn omgeving, als van het APZ wordt daarbij een activiteit verondersteld.

In zich herbergt het opnieuw opgenomen worden in een APZ de associatie van mislukking, van falen. Toch is deze associatie niet vanzelfsprekend.

Als de huidige trend in de psychiatrie gekarakteriseerd kan worden als een trend van weliswaar korter durende maar gelijktijdig frequenter voorkomende (her-)opnames (Haveman 1980), zou eens nagedacht kunnen worden over de vraag of het frequenter voor korte periodes opnemen in een APZ, niet een wijze van behandelen is die we voorlopig nog nodig hebben als modus tussen bijvoorbeeld de ambulante zorg en de (primaire) psychiatrische dagbehandeling (Scheffer en van den Hout, 1981) enerzijds en de 24-uurs APZ-behandeling waarbij de asyfunctie van het APZ op de voorgrond staat, anderzijds.

Misschien moeten we erkennen dat de APZ-en in onze samenleving een rust-functie vervullen (zoals vroeger de retraitehuizen en de kloosters op deze behoefte inspeelden met hun 'gasthuizen' en in de huidige tijd de centra voor yoga en transcendente oefeningen).

### *Eerder onderzoek inzake de predictie van heropname*

Ten aanzien van de heropnamekans en de predictie daarvan hebben Rosenblatt en Mayer (1974) een overzicht gegeven van eerder onderzoek. Onderzoek van Angrist e.a. (1968) en van Freeman en Simmons (1963) leverde als resultaat dat de symptomatologie van de patiënt sterk samenhangt met de heropname. Daar staat tegenover dat zowel Marks e.a. (1963) als Odegard (1961) en ook Gurel en Lorin (1972) nauwelijks enige relatie vonden tussen symptomatologie en heropname. Steeds vindt men in deze studies met de term heropname de associatie van mislukken



en falen. Dat falen kan dan volgens een aantal auteurs gelegen zijn in onvoldoende steun door de sociale omgeving, zoals:

- de bereidheid van de omgeving de ex-patiënt weer op te nemen (Spiegel, 1969);
- de etiketterende werking en het stigmatiserende effect, welke uitgaan van de sociale omgeving ten aanzien van ex-psychiatrische patiënten (Cumming e.a., 1957) en de invloed van stereotypen (Steadman, 1981);
- de interventies vanuit de hulpverlening bij de leden van het sociale netwerk waartoe de ex-patiënt behoort;
- het klimaat van steun en geborgenheid dat de sociale omgeving kan bieden (Ranek e.a. 1975).

Dat falen kan volgens andere auteurs ook gelegen zijn in de aard van de hulpverlening, bijvoorbeeld:

- de intramurale behandeling (in engere zin) heeft niet voldoende positieve verandering bij de patiënt bewerkt;
- de ‘nazorg’ zou onvoldoende of inadequaat zijn.

Voor de uitwerking daarvan zouden we willen toevoegen als veronderstellingen:

- de sociale relaties van de patiënt laten zich niet bij de behandeling inschakelen;
- tussen patiënten en hulpverleners zijn teveel discrepanties in opvattingen inzake doel en methode van de behandeling (van den Hout, 1978).

Tenslotte wordt een verklaring voor het falen gezocht bij de eigenschappen van de ex-patiënt zelf. Zoals:

- de persoonlijke kenmerken, als geslacht, leeftijd en burgerlijke staat (Serban e.a. 1974; Rushing e.a., 1979). Uit een studie van Tudor, Tudor & Gove (1979) bleek bijvoorbeeld dat mannelijke ex-patiënten meer te lijden hebben onder negatieve reacties van hun sociale omgeving dan vrouwen;
- de persoonlijke kenmerken als sociale weerbaarheid en het beheersen van sociale vaardigheden (Goldstein, 1979; Stephens e.a., 1966). Zo blijkt dat wel degelijk het ‘self-supporting’ gedrag van de ex-patiënt (met geld kunnen omgaan, werk zoeken, motivatie) een belangrijke determinant is voor succes (Miller e.a., 1976); daarnaast bleek uit een studie van Serban en Gidynski (1974) dat niet het werkloos-zijn op zich – zoals Brown (1966) suggereerde – het meest bijdraagt aan een heropname, maar het afhankelijk zijn van een uitkering;
- de algehele sonatische en psychische gezondheidstoestand, zoals die onder meer in de diagnose, de eerdere APZ-ervaring en de duur van de behandeling tot uitdrukking komt.

Rosenblatt en Mayer (1974) signaleren bovendien dat het ‘succes’ (in de zin van niet heropgenomen worden) gemeten zou kunnen worden aan:

- het verschil in pathologie of symptomatologie tussen opname- en ontslagmoment;
- de mate waarin ex-patiënten weer in het arbeidsproces worden opgenomen.

Een variabele waar zij de aandacht op vestigen voor onderzoek in de toekomst, is het effect van het ziekenhuis zelf (ziekenhuis-gebonden-variabelen als grootte, afstand tussen ziekenhuis en de thuissituatie, het ziekenhuis-klimaat (‘permissive or restric-

tive') en tenslotte de beleidsvoering). De veronderstelling is dan, dat hoe gunstiger het verschil inzake aandacht en verzorging tussen psychiatrisch ziekenhuis en thuissituatie uitvalt ten gunste van het ziekenhuis, des te groter de tendens tot recidive. Uiteindelijk menen zij uit hun 'review' te moeten constateren dat echter slechts één variabele consistent heropname prediceert: het aantal eerdere opnames. Volgens hen wordt de relatie tussen heropname en het aantal voorafgaande opnames niet teniet gedaan of verstoord door variabelen als leeftijd, geslacht, ethniciteit, sociale klasse of opvoeding, burgerlijke staat, diagnose of mate van stoornis. Ook Miller en Willer (1976) constateren dat recidive binnen zes maanden sterk samenhangt met het aantal voorafgaande opnames. Ons vertrekpunt is, dat een predictie van een heropname gebaseerd dient te zijn op de hypothese dat, als je als psychiatrisch patiënt in het psychiatrisch circuit belandt, een aantal factoren accumuleert, die als accumulatie een heropname veroorzaken en niet als afzonderlijke factoren.

### **1.1.5. Samenvatting van de probleemstelling**

Dit onderzoek probeert een beschrijving te geven van de situatie van de ex-psychiatrische patiënt. Uitgangspunt daarbij is dat de ex-patiënt-situatie een onderdeel is van de carrière zoals Goffman (1961) die beschrijft. Als vierde fase van deze carrière willen wij de heropname of zoals Goffman zegt de 're-patiënt'-fase noemen.

We willen de ex-patiënt-fase niet beschrijven als losstaande van de 'pre-patiënt'- en de 'in-patiënt'-fase. Integendeel de vraagstelling van het onderzoek richt zich naast de beschrijving van de situatie van de ex-patiënt in principe ook op iedere conditie die een individu c.q. de omgeving van het individu er toe brengt opnieuw hulp in te roepen van een APZ.

Om misverstanden te vermijden: het onderzoek heeft niet de pretentie de carrière van de individuele ex-patiënt in de tijd te volgen en/of te typeren; het heeft wel de pretentie een zo nauwkeurig mogelijke beschrijving te geven van wat de categorie ex-patiënten aan problematiek verwacht en ervaart, hoe ze daarop werden voorbereid en welke hulp ze daarbij krijgen.

Inzake de ex-patiënt-problematiek hebben we de aandacht gevestigd op de discussie rond het begrip psychische stoornis, de rol van de sociale omgeving daarbij en het proces van stigmatisering.

Inzake psychische stoornis hebben we als theoretisch uitgangspunt geaccepteerd dat psychische stoornis het resultaat is van de definiëring door de sociale omgeving, zoals ook etikettering het proces bij uitstek is om de ex-psychiatrische patiënt een nieuwe identiteit toe te wijzen. Dat is een kernpunt in de ex-patiënt-fase.

De ervaring van stigmatisering door de omgeving hebben we de extra-handicap van de ex-patiënt genoemd.

Essentieel werd door ons gezien de mogelijke invloed van het psychiatrisch behandelen en de functie daarbij van het APZ. Niet alleen de therapeutische

activiteiten worden daarbij van belang geacht maar ook het klimaat waarin de behandeling plaatsvindt. Tenslotte hebben we de aandacht gevestigd op een aantal (vooral buitenlandse) studies die gepoogd hebben de heropname van de ex-psychiatrische patiënt te beschrijven en predictieve factoren er voor te ontdekken. Een groot aantal van deze predicties zullen we in deze studie opnieuw aan analyse onderwerpen. Dit betreft dan met name de predicties die gedaan worden op basis van de veronderstellingen:

- dat de sociale omgeving geen steun geeft;
- dat de hulpverlening niet adequaat is;
- dat een aantal eigenschappen van de ex-patiënt effectief behandelen in de weg staat.

## **1.2. De operationalisering en de analyse**

### **1.2.1. De operationalisering van de vraagstelling**

#### **1.2.1.1. Waarom een longitudinaal onderzoek bij de ex-patiënt en zijn hulpverlener?**

In het voorafgaande hebben we benadrukt dat de ex-patiënt-situatie niet los gezien kan worden van de daaraan voorafgaande fasen van de patiënt-carrière. Bovendien is de ex-patiënt-situatie gedefinieerd als het resultaat van een interactieproces tussen de ex-psychiatrische patiënt en zijn omgeving.

Zowel vanuit de samenhang met de voorafgaande carrière-fasen als vanuit het interactieproces willen we de ex-patiënt-situatie beschrijven.

De 'pre-patiënt'- en de 'in-patiënt'-fase beschrijven we aan de hand van retrospectieve gegevens. We zijn ons er van bewust dat we de 'carrière' op deze wijze niet kunnen beschrijven; via de retrospectieve methode (en de controle op een aantal gegevens via deze methode verkregen met behulp van de geregistreerde patiënt-gegevens) proberen we echter over die elementen uit de aan het ontslag voorafgaande fasen gegevens te verzamelen die van belang zijn voor de ex-patiënt-fase.

Van de ex-patiënt-fase als centraal punt in dit onderzoek worden vier momenten in kaart gebracht via de longitudinale methode. De eerste drie momenten (op het ontslagmoment, drie à vier maanden en zes à acht maanden na het ontslag) worden in kaart gebracht via gesprekken met de(zelfde) ex-patiënten; voor het vierde moment van de ex-patiënt-situatie (één jaar na het ontslag) wordt (alleen administratief) nagegaan bij de participerende APZ-en wie van de indertijd ontslagen ex-patiënten in dat jaar wel of niet heropgenomen werd. Om toch zoveel mogelijk het proceskarakter van de ex-patiënt-situatie te kunnen benadrukken, is in de uitgebreide interviews bij en na het ontslag niet alleen de stand van zaken over de persoon van de ex-patiënt, zijn problematiek en de daarbij geboden hulp geïnventariseerd, maar is bovendien een latente variabele geconstrueerd. De verwachtingen inzake toekomstige situaties,

mogelijkheden en onmogelijkheden hebben we steeds in verband gebracht met desbetreffende ervaringen. Deze latente variabele hebben we, aangezien we vooral hebben gezocht naar niet vervulde verwachtingen, de 'frustratievariabele' genoemd. Om zoveel mogelijk inzicht te krijgen in het functioneren van de ex-patiënt hebben we bovendien gekozen voor een 'dyadische' onderzoeksmethode: we hebben namelijk (met toestemming van de ex-patiënt) ook steeds een uitvoerig interview afgenomen bij de hulpverlener die bij het ontslag uit het APZ of bij de extramurale zorg nadien, was betrokken.

Ook hier is een latente variabele geconstrueerd. We vestigden in de probleemstelling de aandacht op het belang van het klimaat, het vertrouwen tussen ex-psychiatrische patiënt en hulpverlener. Volgens ons is een belangrijke indicator daarvoor de mate waarin ze elkaar begrepen hebben en het over belangrijke behandelen zaken met elkaar eens zijn.

Vergelijking tussen de informatie door de ex-patiënt en door zijn hulpverlener ons verschaft, levert een variabele op die wij 'discrepantievariabele' hebben genoemd. Deze variabele kan echter alleen aan zijn doel beantwoorden als ex-patiënt en hulpverlener werkelijk met elkaar interacteren, met andere woorden elkaar tot op zekere hoogte kennen. Vandaar dat de hulpverlener dient te beantwoorden aan het criterium dat 'hij volgens de ex-patiënt het beste op de hoogte was van de situatie van die ex-patiënt'. Via deze vraag hebben we de hulpverlener als informant dan ook geselecteerd.

Kortom: om de carrière zo goed mogelijk te kunnen beschrijven hebben we getracht die te reconstrueren door een longitudinale onderzoeksmethode te gebruiken met daarin vervat retrospectieve momenten, met zowel de ex-patiënt als 'zijn' hulpverlener als informant.

Voor het nagestreefde predictie-model inzake de heropname hebben we gekozen voor een administratieve registrering van de mogelijke heropname. De organisatie van deze vier 'meetmomenten' wordt in een volgend hoofdstuk aan de orde gesteld. Bij de keuze van deze onderzoeksmethodiek zijn we ons bewust van alternatieve theoretisch meer ideale echter niet te realiseren benaderingen. Zo is het denkbaar dat we de patiënt en zijn hulpverlener vanaf de allereerste hulpvraag (mogelijk lange tijd voor de eerste opname in een APZ) hadden moeten volgen om de carrière te kunnen beschrijven. Eveneens is denkbaar dat voor de ex-patiënt-situatie als product van de interactie tussen ex-patiënt en zijn omgeving, we dat proces hadden moeten volgen of minstens de significante relaties van de ex-patiënt hadden moeten interviewen. Inhoudelijk op grond van het feit dat de hulpverlening toch een centrale positie in dit onderzoek inneemt en voorts op vooral praktische gronden zijn de hierboven beschreven keuzes gemaakt.

### 1.2.1.2. De operationalisering van de belangrijkste begrippen<sup>13</sup>

Om de persoon van de ex-patiënt te typeren zullen we gebruik maken van een aantal demografische kenmerken (geslacht, leeftijd, bron van inkomen, burgerlijke staat en opleiding).

Van de 'pre-patiënt'-fase behandelen we de eerdere hulpverleningservaring, de opnameproblematiek, de wijze waarop de opname tot stand kwam en de opnamediagnose. Let wel: nagenoeg steeds zijn hierover zowel ex-patiënt als hulpverlener informant.

Een aantal indicatoren inzake de vrijwilligheid van de opname zullen door ons gebruikt worden om een 'vrijwilligheidsschaal' te construeren.

Het belang van sociale relaties bij de opname wordt met name benaderd vanuit de vraag naar de attitude van de huisgenoten, familie, burens en vrienden inzake de opname.

Van de 'in-patiënt'-fase behandelen we de globale doelstelling van de behandeling, de inhoud, de wijze waarop dit via een behandelplan tot uiting komt, de evaluatie van de behandeling en de ontslagvoorbereiding. Naast het 'objectieve' gegeven van de duur van de behandeling wordt ook de motivatie van de ex-patiënt voor de behandeling en de wijze waarop hij deze bij het ontslag beoordeelt, als indicatief beschouwd voor deze fase. Speciaal wordt de aandacht gericht op de vraag of sociale relaties bij de behandeling worden betrokken.

Het ontslag uit het APZ krijgt bijzondere aandacht. Op dit moment wordt de ex-patiënt immers voorbereid en dan wordt een toekomstverwachting geformuleerd. Vandaar dat met name de verwachting van de (ontslag)patiënt en diens hulpverlener inzake toekomstige problemen, reacties van de sociale omgeving en woon- en werksituatie belangrijk zijn voor de beschrijving van dit moment. Belangrijk is ook bij benadering vast te kunnen stellen in welke conditie de ex-patiënt het APZ verlaat. Uit een reeks uitspraken proberen we een of twee dimensies te destilleren die wijzen in de richting van de maatschappelijke weerbaarheid van de ex-patiënt. De vraag of bij het ontslag hulp in het vooruitzicht wordt gesteld in de vorm van nazorg is onontbeerlijk in verband met de reeds eerder genoemde 'frustratie'- en 'discrepancie'-variabelen.

De ex-patiënt-fase hebben we gesplitst in een beschrijving van de problematiek waarmee de ex-patiënt (al dan niet naar verwachting en al dan niet daarop voorbereid) wordt geconfronteerd, in de beschrijving van de ervaringen met de nazorg en in de beschrijving van de persoonlijke conditie waarin de ex-patiënt zich bevindt. Bij alle drie van deze dimensies spelen de te construeren 'frustratie'- en 'discrepancie'-variabelen een belangrijke rol voor de beschrijving van de ex-patiënt-fase. Bij eerstgenoemde 'probleemdimensie' wordt speciale aandacht gericht op de specifieke problematiek samenhangend met het ex-psychiatrisch-patiënt-zijn zoals terugval en stigmatisering. We zijn er ons van bewust dat het op deze summierse wijze niet mogelijk is de houdbaarheid van de etiketteringsvisie te onderzoeken; deze

benadrukt immers het proces, terwijl het hier steeds momentopnames betreft. Deze zijn bovendien beperkt tot de ervaringen van de ex-patiënt, terwijl voor de betrouwbaarheid en de validiteit de aandacht gelijktijdig 'upon the features of the labelers, the labeling situations as well as (upon) characteristics of the labelee' gericht moet worden (Gingerich e.a. 1977: 205). We zullen onze onderzoeksgegevens omtrent stigmatisering daarom bundelen tot één variabele en de gegevens beschouwen als 'het topje van de ijsberg'.

Bij de beschrijving van de 'nazorgdimensie' zal speciale aandacht worden besteed aan het meerdimensionele karakter van het doel wat de nazorg met haar behandeling beoogt. Bij de constructie van het betreffende meetinstrument is gebruik gemaakt van een 'goal-attainment-scale' zoals deze door Corveleijn e.a. (1978: 262-275) inhoudelijk wordt voorgesteld. Zoals bij de intramurale behandeling wordt ook hier aan het betrekken van sociale relaties bij de nazorg aandacht besteed.

Voor de beschrijving van de persoonlijke conditie van de ex-patiënt zal gebruik worden gemaakt van een maatschappelijke 'weerbaarheids- of assertiviteitsschaal'.

Over de heropname als afhankelijke variabele van dit onderzoek kunnen we verder kort zijn. Het betreft hier het al dan niet heropgenomen zijn binnen twaalf maanden van die ex-patiënten die we bij het ontslag uit het APZ hebben geïnterviewd en wel voorzover deze heropname is geregistreerd door één van de zeven APZ-en.

### **1.1.2. De analyse**

De analyse van de onderzoeksgegevens zal via twee lijnen verlopen.

#### *Analyse van beschrijvende aard*

Naast het weergeven van de resultaten die de diverse indicatoren afzonderlijk hebben opgeleverd, spelen ook een aantal gecombineerde variabelen in deze beschrijving een belangrijke rol. We memoreerden reeds schalen (o.a. vrijwilligheids- en assertiviteitsschaal), geconstrueerde latente variabelen (zoals 'frustratievariabelen' en 'discrepantievariabelen') en geconstrueerde manifeste variabelen (zoals etikettering en doelstelling van de nazorg). Verder zal geprobeerd worden enkele categorieën van ex-psychiatrische patiënten op te stellen getypeerd naar een vijftal demografische (geslacht, leeftijd, opleiding, bron van inkomen en burgerlijke staat) en naar een drietal 'klinische' kenmerken (eerdere APZ-ervaring, diagnose, duur van de intramurale behandeling).

#### *Analyse van predictieve aard*

Naast het beschrijven van een aantal momenten uit de carrière van de ex-psychiatrische patiënt, doet het onderzoek ook een poging 'predictoren' te ontwik-

kelen voor een mogelijke heropname. Daartoe zal een aantal van de beschreven indicatoren geselecteerd worden voor bivariate analyse ter predictie van heropname. Als algemene regel zullen we daarbij vasthouden aan de criteria  $p \leq 0,05$  voor de significantie en Cramér's  $V \geq 0,15$  voor de relevantie van de samenhang. Dat betekent dat de kans dat de samenhang tussen een bepaalde variabele en het binnen één jaar heropgenomen worden aan het toeval te wijten is,  $< 0,05$  en dat tevens de geconstateerde samenhang relevant (Cramér's  $V \geq 0,15$ ) genoemd kan worden. Alleen als een verband tussen indicator en heropname significant en relevant is, zullen we deze indicator als predictief aanmerken. Voorts zullen we na een multivariate ECTA-analyse (Goodman en Fay, 1973) de relatieve predictiekracht bepalen van de meest relevante indicatoren.

### **1.2.3. Beperkingen van het onderzoek**

#### **1.2.3.1. Inleiding**

Een onderzoek als het hier voorgestelde kent naast een aantal pretenties ook een aantal beperkingen.

Grosso modo zijn de beperkingen van dit onderzoek te categoriseren in:

- beperkingen die voortvloeien uit het kiezen van een bepaalde optiek;
- beperkingen die voortvloeien uit de inhoudelijke afbakeningen van de gehanteerde begrippen en de daarmee samenhangende operationalisatie.

#### **1.2.3.2. Beperkingen samenhangend met de gekozen optiek**

Op de allereerste plaats is het onderzoek geen psychiatrisch, geen psychologisch maar een sociologisch onderzoek. Het onderzoek richt zich op een aantal verschijnselen rond psychische stoornis vanuit een sociologische benadering. Deze benadering beperkt de studie tot resultaten die de relatie samenleving-ex-patiënt betreffen; er worden geen uitspraken gedaan over het psychische, somatische c.q. psychosomatische functioneren van de ex-patiënt, wel over diens sociaal functioneren en de beleving daarvan.

De keuze voor de sociologische optiek en daarmee voor de interactie tussen samenleving en ex-patiënt heeft er op de tweede plaats toe geleid dat de 'beleving' van hetgeen zich na het ontslag uit een APZ voordoet, centraal staat. De feiten worden weergegeven zoals ex-patiënten en hulpverleners deze signaleren; dat is hun visie op de feiten en deze kan verschillen van de visie van bijvoorbeeld mede-patiënten en hulpverleners. Om te vermijden dat als enige informatiebron de ex-patiënt-visie gebruikt zou worden, is er naar gestreefd over de situatie van iedere ex-patiënt ook een hulpverlener aan het woord te laten. Aangewezen door de ex-patiënt als diegene die het beste op de hoogte was van zijn situatie, was een zekere selectie op basis van mogelijke 'goodwill' en daarmee een mogelijke bias niet geheel te vermijden. Het

voordeel echter, mogelijk corrigerende c.q. aanvullende informatie te krijgen, gebaseerd op interactie woog daartegen op. De keuze van de sociologische etiketteringsvisie in dit onderzoek maakt tenslotte dat het onderzoek slechts op een klein deel van de psychiatrie betrekking heeft, namelijk op de psychiatrische ziekenhuisfunctie. Op zijn beurt wordt dit deel nogmaals ingeperkt tot de ziekenhuisfunctie van het APZ. Het onderzoek betreft dus niet de psychiatrische patiënten van PAAZ, PUK of categoriaal ziekenhuis.

#### **1.2.3.3. Beperkingen samenhangend met de begripsafbakening en de operationalisatie**

In het verslag wordt een aantal begrippen gebruikt, die een voor dit onderzoek omschreven inhoud bezitten. De toepasbaarheid van de onderzoeksresultaten wordt enigszins beperkt doordat de ondervraagde ex-patiënten geen a-selecte steekproef vormen van alle in een bepaalde tijdspanne ontslagen psychiatrische patiënten in Nederland. Bij de bespreking van de 'representativiteit' van de steekproef komen we op de aard van deze beperking nog uitgebreid terug. De belangrijkste beperking van het onderzoek via de begripsafbakening is erin gelegen dat tot de ex-psychiatrische patiënten niet worden gerekend die patiënten die vanuit het APZ met ontslag gaan naar een andere intramurale setting (verpleeghuis, categoriaal psychiatrisch ziekenhuis).

De interactie tussen de ex-patiënt en de samenleving is zoals gezegd bestudeerd via de informatie van zowel de ex-patiënt als de hulpverlener. Omdat het een longitudinaal onderzoek betreft, waarbij de hulpverleningscategorie voortdurend naar aard en aantal kan wisselen, is een dergelijke 'dyade' niet steeds voorhanden. Dat betekent dat in een aantal gevallen alleen de ex-patiënt als informant is opgetreden.

Enkele begrippen kunnen in het gewone taalgebruik reminiscenties oproepen met betekenissen die in dit onderzoek niet aan deze begrippen dienen te worden gehecht. Zo roept het spreken over 'ontslag uit het psychiatrisch ziekenhuis' de bijgedachte op aan 'weer gezond zijn'. In dit onderzoek betekent het alleen een administratieve activiteit. Iets dergelijks gebeurt zoals we gezien hebben bij het spreken over de terugkeer naar de samenleving alsof opgenomen patiënten daartoe (op hun speciale manier) niet behoren. Ook de term 'met machtiging opgenomen' mag niet gelijk worden gesteld met een 'de facto' bestaande onvrijwilligheid van de kant van de psychiatrische patiënt. Om diverse redenen kan een patiënt accoord gaan met het indienen van het aanvragen van een dergelijke machtiging.

Daar staat tegenover dat het begrip nazorg in dit onderzoek een bredere betekenis heeft dan het afbouwen van een intramurale psychiatrische behandeling. Het gaat in dit onderzoek om een eigenstandig behandelpakket.





### 1.3. Samenvatting

Het onderzoek geeft een beschrijving van één fase uit wat Goffman (1961) de carrière van de psychiatrische patiënt noemt; namelijk de ex-patiënt-fase. Ex-patiënt-zijn betekent in dit geval na een korter of langer verblijf in een APZ daaruit ontslagen zijn. Deze ex-patiënt-fase kan naar onze mening alleen bestudeerd worden als integraal onderdeel voor de 'pre-patiënt' en de 'in-patiënt'-fase.

De beschrijving van de 'ex-patiënt'-fase via dit onderzoek dient dan ook te beginnen met een beschrijving van de daaraan voorafgaande fasen. Volledig kan deze beschrijving niet zijn gezien de beperkte mogelijkheden die met de onderzoeksopzet zijn verbonden. Op grond van dezelfde beperkingen is het evenmin mogelijk de individuele carrière van de ex-patiënt door de tijd heen te volgen en te typeren.

De belangrijkste thematieken in dit onderzoek zijn achtereenvolgens:

- psychische stoornis,
- psychiatrisch behandelen,
- ex-patiëntproblematiek en heropname.

Met betrekking tot psychische stoornis hebben we aan de hand van de discussie tussen Scheff en Gove aangegeven dat bij de omschrijving van dit thema de nadruk ofwel op het individu en diens interne functioneren ofwel op de relatie tussen de samenleving en het individu ligt. In de eerste optie wordt de nadruk gelegd op onregelde personen en het daaruit voortvloeiende gedrag; in de tweede optie wordt de nadruk gelegd op het proces van etikettering, niet dat daardoor psychische stoornis als persoonlijk 'defect' wordt verklaard maar wel psychische stoornis als een sociaal fenomeen dat in een interactieproces tot stand komt. In dit onderzoek dient psychische stoornis gezien te worden als resultaat van dit proces. Dit proces hebben we in navolging van Goffman (1961) de carrière van de psychiatrische patiënt genoemd. Van deze carrière hebben we de aandacht speciaal gericht op het mechanisme van stigmatisering; daaronder verstaan we het gegeven dat ex-psychiatrische patiënten op grond van het feit dat ze enige tijd in een APZ (in de volksmond vaak 'gekkenhuis' genoemd) waren opgenomen een negatief etiket krijgen en met wantrouwen worden benaderd. Dat doet Scheff verklaren dat 'labeling is the single most important cause of careers of residual deviance' (Scheff, 1963: 452). Het creëert naar onze mening een extra-handicap voor de ex-patiënt.

Bij de omschrijving van het tweede thema hebben we gewezen op het onderkennen van de psychiatrische problematiek enerzijds en het oplossen van deze problematiek anderzijds: het leren omgaan met problemen en problematische situaties is een integraal onderdeel van behandelen. Essentieel daarvoor is het patiëntstelsel bij de behandeling te betrekken. In het kader van het psychiatrisch behandelen hebben we de aandacht gevestigd op de overeenstemming tussen hulpverlener en patiënt inzake de aard van de problematiek en de wijze van aanpak; soms wordt deze overeenstemming geformaliseerd in een behandelplan of behandelcontract. Ont-

slagen worden uit een APZ hoeft derhalve niet altijd te betekenen dat mensen ‘volledig genezen’ zijn; in dit onderzoek betekent het alleen maar het functioneren buiten het APZ. Onder psychiatrisch behandelen verstaan wij dan ook het onderkennen en omgaan met psychische problematiek op zodanige wijze dat overbelasting kan worden voorkomen.

Met betrekking tot de derde thematiek wezen we op de geringe aandacht die Goffman aan de heropname (de vierde fase in de carrière) schenkt. Naar onze mening ten onrechte: de heropname is in de interactie tussen samenleving en individu een zeer belangrijk instrument voor stigmatisering. Het vormt het bewijs bij uitstek van het ‘ongeneeslijke’ en daarmee een van de uitgangspunten bij het toekennen van een nieuwe sociale identiteit aan ex-patiënten met de daarbij behorende rolverplichtingen.

Wat door ons onder heropname verstaan wordt, houdt geen verband met de vraag of iemand langer of korter dan vier dagen met ontslag was: een opnieuw geregistreerde opname geldt voor ons als heropname. Eerder onderzoek maakt duidelijk dat een hele reeks factoren denkbaar en onderzocht zijn die een heropname zouden kunnen prediceren. Volgens een overzichtsstudie van Rosenblatt en Mayer (1974) zou het reeds eerder opgenomen zijn geweest in een APZ de belangrijkste predictor zijn van heropname.

Gezien de samenhang tussen de ex-patiënt-fase en de heropname enerzijds en de ‘pre-en in-patiënt’-fase anderzijds, hebben we geopteerd voor een opzet waarbij over alle vier deze fasen informatie beschikbaar zou komen.

Het daadwerkelijk volgen van ex-patiënten door al deze fasen heen, was operationeel niet te verwezenlijken. Daarom is gekozen voor een beperktere longitudinale opzet waarbij gezien de nadruk op het proceskarakter van de ex-patiënt-fase de ex-patiënt juist in deze fase longitudinaal werd gevolgd. De beide eerdere fasen werden op retrospectieve wijze bestudeerd.

Om het functioneren van de ex-patiënt vanuit meer dan één bron te kunnen belichten zijn naast de ex-psychiatrische patiënten ook die hulpverleners (over de toestand van de ex-patiënt) ondervraagd die volgens de ex-patiënten het beste op de hoogte waren van hun situatie.

Naast het cohort ex-patiënten dat bij het ontslag werd samengesteld is derhalve een categorie samengesteld bestaande uit (wisselende) hulpverleners die verbonden zijn met de leden van het ex-patiënten-cohort.

Via deze onderzoeksopzet konden twee soorten latente variabelen worden geconstrueerd:

- frustratievariabelen, gebaseerd op al dan niet in de tijd uitgekomen verwachtingen,
- discrepantievariabelen, gebaseerd op de al dan niet bestaande overeenkomsten tussen de ex-patiënten en hun hulpverleners inzake de diverse onderdelen van de vraagstelling van het onderzoek.

Ten behoeve van het begrip vrijwillige opname, maatschappelijke weerbaarheid van de ex-patiënt en etikettering worden schalen geconstrueerd op basis van een aantal indicatoren die daarop betrekking hebben.

De analyse van het onderzoek is op de allereerste plaats beschrijvend van aard en beweegt zich grotendeels op univariaat en bivariaat niveau.

Daarnaast zullen we proberen een aantal predictoren voor de heropname op het spoor te komen.

De beperkingen van het onderzoek zijn voor een belangrijk deel gelegen in het feit dat de beleving van ex-patiënten en hun hulpverleners centraal staat.

Tenslotte hebben we de belangrijkste aspecten van de probleemstelling te weten: de theoretische uitgangspunten; het operationele onderzoeksmodel; het daarvoor geconstrueerde waarnemingsinstrumentarium schematisch weergegeven. Daarmee wordt tevens de afstemming van de diverse onderdelen gedemonstreerd (schema 1.4).

In de eerste horizontale balk zijn de vier onderscheiden fasen van de carrière van de psychiatrische patiënt weergegeven.

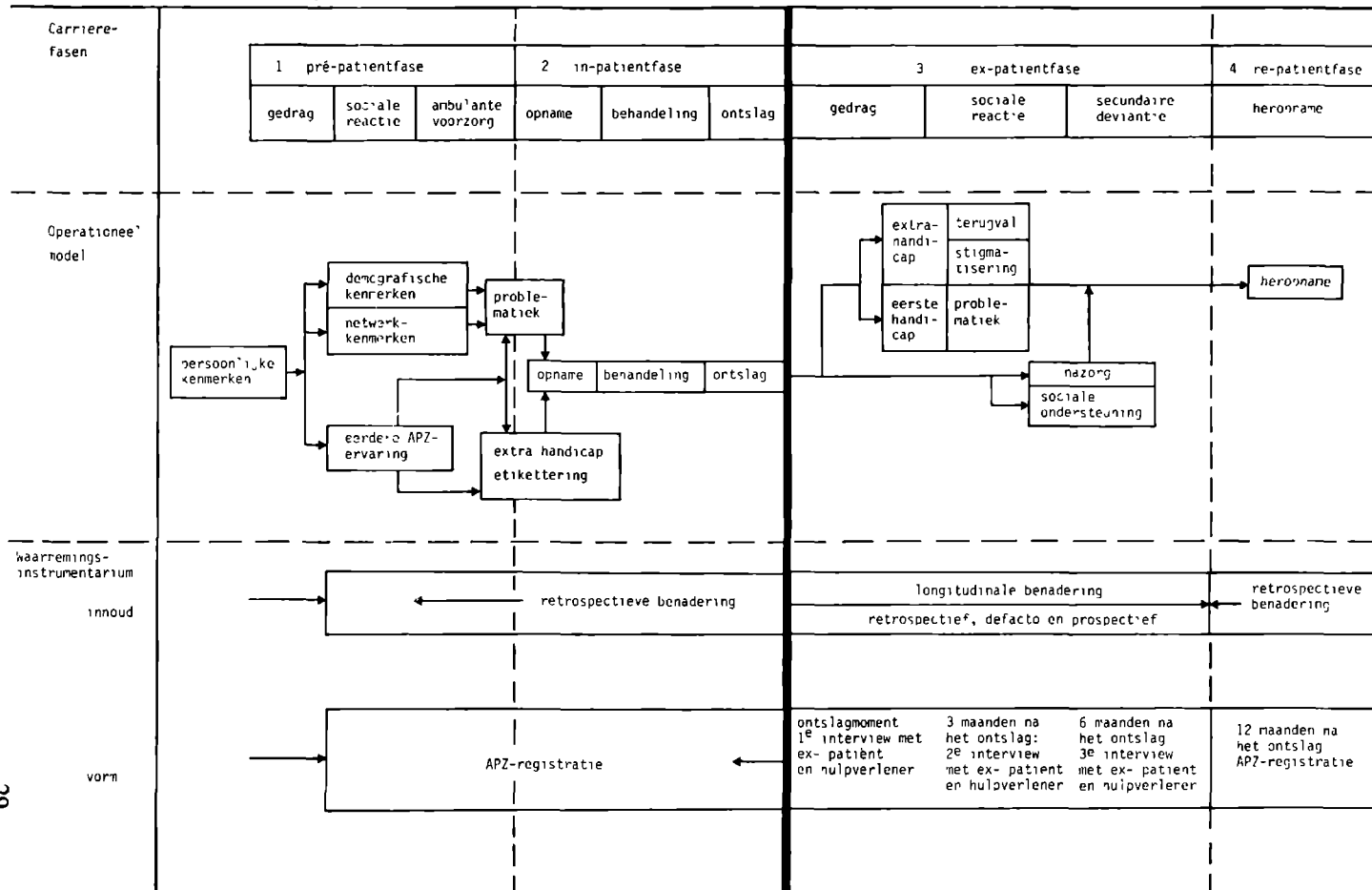
In de tweede horizontale balk is het onderzoeksmodel weergegeven: volgens dit model willen we de onderzoeksgegevens ordenen en beschrijven.

In de derde horizontale balk zijn de verschillende onderzoeksinstrumenten aangegeven die we gebruikt hebben om de onderzoeksgegevens te verzamelen. Deze instrumenten zijn zowel naar hun inhoud als naar hun vorm weergegeven.

Kijken we naar de afstemming van de diverse onderdelen op elkaar, dan kunnen we constateren dat bijvoorbeeld het theoretische begrip van de pre-patiënt-fase, in het operationele model wordt bestudeerd via de persoonlijke kenmerken van de ex-patiënt waaronder de eerdere hulpverleningservaring. Bovendien wordt de aandacht gevestigd op de problematiek die uiteindelijk tot de opname heeft geleid. Dit onderdeel van het operationele model wordt dan retrospectief benaderd in het eerste interview en via de gegevens bij de opname geregistreerd.

Voor de benadering van de andere fasen van de carrière is de afstemming van de onderdelen op dezelfde wijze weergegeven waarbij het ontslagmoment de caesuur vormt. Alle onderzoeksgegevens vóór de caesuur hebben een retrospectief, na de caesuur een longitudinaal karakter.

*Schema 1.4 — Carrièrefasen, operationeel model en waarnemingsinstrumentarium*





### *Inleiding*

In dit hoofdstuk wordt weergegeven op welke wijze het onderzoek tot stand kwam en werd gerealiseerd. Daartoe wordt allereerst aandacht besteed aan afbakening van de onderzoekspopulatie. Deze bestaat uit in Algemeen Psychiatrische Ziekenhuizen, verblijvende psychiatrische patiënten en de bij deze patiënten betrokken hulpverleners. In verband met de generaliseerbaarheid van uitspraken op basis van de onderzoeksgegevens wordt meer uitgebreid aandacht besteed aan de a-selectie en representativiteit van de ondervraagde groep ex-psychiatrische patiënten. Vervolgens wordt verslag gedaan van de praktische voorbereidingen op de uitvoering van het onderzoek, de keuze en samenstelling van het onderzoeksinstrumentarium en van de vier gegevens-verzamelingen die in het kader van het onderzoek achtereenvolgens hebben plaatsgevonden.

## **2.1. De onderzoekspopulatie**

### **2.1.1. De definitie van de onderzoekspopulatie en de bepaling van de steekproef**

Jaarlijks verblijven er in Nederland ongeveer 36.000 mensen voor kortere of langere tijd in een van de 41 Algemene Psychiatrische Ziekenhuizen in Nederland. Het 'Overzicht gegevens Psychiatrische Instellingen in Nederland, 1979' (Geneeskundige Hoofdinspectie, 1981) en de landelijke Patiëntenregistratie Intramurale Geestelijke Gezondheidszorg (PIGG: 1978) verschaffen meer inzicht in deze patiëntenpopulatie. Uit genoemd overzicht (1981: 5 e.v.) blijkt dat op 31 december 1979 in de 41 APZ-en 21.692 patiënten verbleven waarvan tweederde (14.865) al langer dan 1 jaar.

De PIGG-gegevens<sup>1</sup> van 1978 geven aan dat ongeveer 25 procent van deze laatste categorie al langer dan 25 jaar daar verblijft, daarvan is meer dan de helft ouder dan 65 jaar. Verder blijkt uit het overzicht dat in 1979 19.674 patiënten uit een APZ werden ontslagen terwijl er 20.926 opnemingen plaatsvonden<sup>2</sup>. Van deze laatste patiënten werd 77 procent vanuit het eigen woonmilieu opgenomen en evenveel keerde ook weer naar dat woonmilieu terug. Slechts 5 procent van alle patiënten

wordt ontslagen naar een andere intra- of semi-murale setting (Overzicht 1979: 1981: 7).

Gezien de probleemstelling is in dit onderzoek de aandacht zeer specifiek gericht op de 95 procent die na een verblijf in een APZ weer een 'normale' plaats in de samenleving gaat innemen. Dat is onze ontslagpopulatie.

In het Overzicht 1979 (1981: 8) wordt er bovendien op gewezen dat het aantal opnemingen dat binnen het jaar gevolgd wordt door ontslag, toeneemt: het gemiddeld aantal opnemingen per 100 beschikbare bedden (=doorstroming) stijgt van 88.3 per 100 bedden in 1978 naar 89.8 in 1979 en naar 92.5 in 1980 (Overzicht 1980: 1982: 8).

De ontslagpopulatie groeit derhalve absoluut en relatief (het opname-coëfficiënt per 100 inwoners stijgt van 1.48 in 1979 naar 1.50 in 1980). Per jaar worden ongeveer evenveel patiënten opgenomen als ontslagen, terwijl de gemiddelde behandelduur afneemt.

In principe hadden alle patiënten die uit een van de 41 APZ-en ten tijde van de eerste gegevensverzameling werden ontslagen als respondent in aanmerking kunnen komen. De uiterst belangrijke rol die de APZ-en echter spelen ter verkrijging van de medewerking van zowel patiënten als hulpverleners, maakt het nagenoeg onmogelijk dit principe, nodig voor een a-selecte proef, te hanteren. Daarom hebben we zeven APZ-en benaderd met het verzoek om medewerking. Ook dit is niet a-select gebeurd, maar op grond van een aantal argumenten, zoals regionale samenwerkingsafspraken en reeds eerder bestaande onderzoekscontacten tussen deze APZ-en en de onderzoeker. Van deze APZ-en werd niemand van de patiënten behorende tot de ontslagpopulatie vooraf uitgesloten, tenzij ouder dan 65 jaar. Hoewel uit eerder onderzoek (van den Hout, 1978: 643) reeds bleek dat ex-psychiatrische patiënten moeilijk of helemaal niet (meer) aan het arbeidsproces deelnemen, werd toch de leeftijd van 65 jaar als criterium gehanteerd aangezien deze leeftijd bij alle tellingen betreffende werksituatie als formele grens wordt gebruikt. Voorts werden geen patiënten ondervraagd die naar een verpleeghuis of andere 24-uurs intramurale setting vertrokken voor verzorging of behandeling. Wel konden als respondent worden beschouwd patiënten die naar een beschermende woonvorm en dergelijke vertrokken of dagbehandeling kregen.

Naast deze kwalitatieve afgrenzing van de onderzoekspopulatie werden om praktische redenen nog drie kwantitatieve eisen gesteld aan de samenstelling van de uiteindelijke 'steekproef':

- minimaal 10 procent van de ontslagpatiënten per jaar per APZ zouden worden geïnterviewd;
- in principe zouden alle in aanmerking komende ontslagpatiënten worden ondervraagd die in een aaneengesloten periode zouden vertrekken uit het APZ. (Dit betekende bij een gering aantal 'vertrekkers' of bij een omvangrijke non-respons in het licht van het eerste criterium, een niet voor ieder gelijke periode van waarin de eerste gegevens werden verzameld);
- tenslotte werd in verband met uitval tijdens de duur van het onderzoek gestreefd



naar een start-'steekproef' van ongeveer 500 respondenten (die nog twee maal ondervraagd zouden worden). Omdat er sprake is van het ondervragen van dezelfde groep patiënten op meerdere tijdstippen, spreken we van start-cohort. Ook hulpverleners vormen een essentiële onderzoeksgroep in dit onderzoek. Uit het genoemde Overzicht 1979 blijkt dat per honderd beschikbare bedden in 1979 er bijna evenveel personeelsleden werkzaam zijn (96.1 personeelsplaatsen per 100 bedden) in 1979; in 1974 81.5 per 100 bedden (cfr bijlage 2.1.). Van dat personeel moet ongeveer 50 procent gerekend worden tot het verplegend c.q. verzorgend personeel (cfr. overzicht 2.1). Met name het gediplomeerd verplegend personeel is sinds 1974 sterk toegenomen (bijlage 2.1).

*Overzicht 2.1 — Personeel van 41 APZ-en naar functie per 31-12-1979*

Personeelscategorie	Absolute aantallen	%
gedipl. verpl. verz. opv personeel	5.829	26
leerling verpl. verz. opv personeel	4.734	21
ander verpl. verz. opv. personeel	710	3
paramedisch en medisch hulppersoneel	2.680	12
medisch en sociaal wetensch. personeel	907	4
stagiaires	122	1
totaal personeel niet in loondienst	489	2
totaal personeel	22.375	100

Verder blijkt dat de nazorg van de ex-psychiatrische patiënt in bijna de helft van de gevallen door hulpverleners uit de RIAGG en bijna evenveel door de polikliniek van het APZ gegeven wordt (ten Horn, 1983: 51).

We vermoeden dan ook een soortgelijke verdeling tegen te komen bij de hulpverleners die we drie en zes maanden na het ontslag hebben geïnterviewd.

Op grond van de probleemstelling en de operationalisering daarvan werd met toestemming van de ex-patiënten een aantal hulpverleners om medewerking gevraagd werkzaam in de (Ambulante) Geestelijke Gezondheidszorg. Aan hen werd als enige eis gesteld dat zij volgens de patiënt op de hoogte moesten zijn van de situatie van de patiënt. Deze categorie kan ná het eerste interview zowel uit intra- als uit extramuraler hulpverleners bestaan. In de drie gegevensverzamelingen zijn het ook niet dezelfde personen, daar gedurende de zes à acht maanden na het ontslag de hulpverleningssituatie zich soms gewijzigd heeft.

Er werd naar gestreefd niet steeds dezelfde hulpverleners te belasten met interviews over hun patiënten; zoveel mogelijk werd de ex-patiënten verzocht ook een tweede

hulpverlener aan te wijzen als mogelijke respondent. Dit gold met name voor de intramurale hulpverleners in de eerste gegevensverzameling. In enkele gevallen kon niet vermeden worden dat een hulpverlener over vijf of zelfs nog meer ex-patiënten werd geënquêteerd. Dat meerdere ontslagpatiënten uit ieder APZ dezelfde hulpverlener als informant hebben opgegeven blijkt uit het feit dat over 515 ontslagpatiënten bij 234 intramurale hulpverleners een interview werd afgenomen. Gemiddeld heeft de hulpverlener over meer dan twee ontslagpatiënten informatie verschaft<sup>5</sup> (range: 1 tot 11).

Bij de tweede en derde gegevensverzameling blijkt het nauwelijks voor te komen dat dezelfde hulpverlener uit de nazorg door meerdere ex-patiënten als informant werd genoemd (range: 1 tot 2). Begrijpelijk daar de ex-patiënten dan over een uitgestrekt verzorgingsgebied verspreid zijn. Bij deze tweede en derde gegevensverzameling werden geen hulpverleners benaderd wanneer de ex-patiënt meldde geen nazorg te hebben (ook al zou die er volgens andere bronnen, zoals de registratiekaart, wel moeten zijn).

Ook bij de hulpverleners is geen sprake van een a-selecte steekproef en gezien de functie van deze hulpverleners als informant over specifieke ex-patiënten, was die ook niet gewenst.

Samenvattend betekent het voorafgaande dat:

- er geen a-selecte trekking heeft plaatsgevonden van de zeven participerende APZ-en
- alle patiënten van de onderzoekspopulatie uit ieder van de zeven APZ-en evenveel kans hebben gehad bij het onderzoek te worden betrokken, zodat aan het waarschijnlijkheidskarakter wel is voldaan
- gezien de functie van de hulpverleners in het onderzoek een a-select samengestelde steekproef onder hen niet gewenst was.

Dit betekent dat generaliseerbaarheid naar de Nederlandse populatie van psychiatrische patiënten niet mogelijk is. Om de waarde van bevindingen en uitspraken toch verder te laten reiken dan alleen de onderzochte zeven APZ-en, is de representativiteit van de steekproef bestudeerd: in hoeverre kan de steekproef beschouwd worden als een getrouwe afspiegeling van de potentiële ontslagpatiënten van de zeven APZ-en alsmede van de landelijke ontslagpopulatie.

Alvorens dit aan de orde te stellen wordt eerst aangegeven wat de omvang is van de steekproef en hoe deze werd bereikt.

### **2.1.2. De omvang van de steekproef en de uitval**

Op basis van de jaarverslagen van 1978 van de zeven ziekenhuizen werd berekend hoeveel patiënten per APZ in totaal zouden kunnen worden geïnterviewd en hoeveel gezien de 10-procent-grens per ziekenhuis minimaal zouden moeten worden ondervraagd. Voorts werd op basis van de doorstroomcijfers een schatting gemaakt van het aantal maanden bij ieder APZ nodig, om het benodigde aantal ontslagpatiënten te interviewen inclusief een geschatte uitval van 50 procent.

Overzicht 2.2 geeft de jaarverslagcijfers van de potentiële patiënt-respondenten per jaar en het uiteindelijke aantal afgenomen interviews met ontslagpatiënten. Dit jaarverslagcijfer is bereikt door het totaal aantal ontslagen per jaar te verminderen met ongeveer 10 procent ontslagpatiënten die naar een andere behandel- c.q. verpleegsetting worden verwezen. Op basis van het nodig geachte aantal van ongeveer 500 respondenten en de verdeling over de 7 ziekenhuizen, kan op voorhand worden berekend, dat de dataverzameling zonder uitval circa twee à drie maanden in beslag zou nemen (en dus bij een uitval van 50 procent: vier à zes maanden).

*Overzicht 2.2 — Aantal ontslagen patiënten, onderzoekspopulatie en startcohort per APZ (in absolute cijfers en %)*

Totale aantal ontslagen personen per APZ in 1978 (jaarverslagcijfers)	Geschat aantal potentiële respondenten in 4 à 6 maanden (Onderzoekspopulatie) 1979-1980	Feitelijk afgenomen in 4 à 6 maanden (startcohort) 1979-1980	% geïnterviewde patiënten op het totale aantal ontslagpatiënten	% geïnterviewde patiënten op de onderzoekspopulatie	
Raalte	620	241	148	24%	61%
Wolfheze	300	121	51	17%	42%
Warnsveld	541	204	125	23%	61%
Deventer	160	71	25	17%	35%
Ermelo	700	222	76	11%	34%
Venray	510	83	52	10%	63%
Boekel	391	93	40	10%	43%
Totaal	3222	1035	517	16%	50%

Het totale aantal geïnterviewde hulpverleners kent per APZ zowel absoluut als procentueel dezelfde aantallen op één uitzondering na: bij twee ontslagpatiënten kon geen intramurale hulpverlener worden geïnterviewd. Het totaal aantal geïnterviewde hulpverleners is daarom 515.

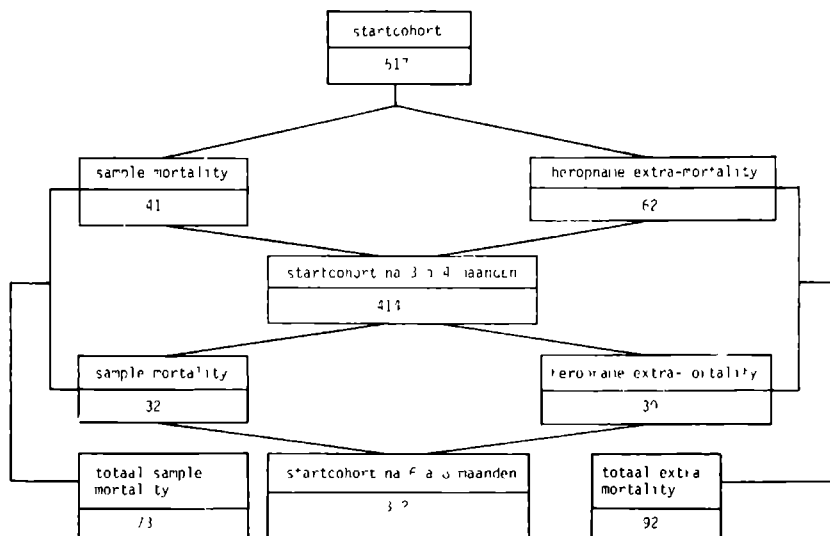
Het startcohort blijkt uiteindelijk gevormd te worden door 50 procent van de onderzoekspopulatie (het geschatte aantal potentiële respondenten). De redenen op grond waarvan de andere helft ( $n = 518$ ) niet werd of kon worden geïnterviewd zijn bekend (overzicht 2.3).

### Overzicht 2.3 — Uitvalsredenen

1	vertrekkend patient was niet breikbaar (o m door te laat bij interviewer aangekondigd vertrek)	36%	(n=187)
2	patient onttrok zich aan de behandeling (o m door het plotseling afbreken van de behandeling of niet terugkomen van proefverlof)	17%	(n= 87)
3	patient werd overgeplaats naar een andere seting (o m bejaardentehuis)	12%	(n= 61)
4	interview was onmogelijk (o m contra-indicatie, niet aanspreekbaar)	11%	(n= 57)
5	patient weigerde het interview	5%	(n= 26)
6	diverse andere redenen	19%	(n=100)
	Totaal	100%	(n=518)

Uitval specifiek voor longitudinaal onderzoek is de zogenaamde 'sample mortality' (Albinski e.a. 1981): tussen de verschillende momenten van gegevensverzameling treedt uitval op in het startcohort onder andere door sterfte, verhuizing, weigering vervolginterview. Doordat tijdens de periode volgend op het ontslag een aantal ex-patienten de kans liepen heropgenomen te worden (op jaarbasis wordt landelijk 30 tot 40 procent heropgenomen) kon extra-'mortality' worden verwacht. Aangezien het ons relevant leek deze uitval door heropname in het licht van de probleemstelling nader te analyseren, werden beide uitvalscategorieën apart onderscheiden (overzicht 2.4).

### Overzicht 2.4 — 'Samplemortality' en 'extramortality' in het startcohort



Gezien de complexiteit van de gegevensverzameling(en) is de respons zeer redelijk te noemen: het startcohort van 517 respondenten is na drie ondervragingen weliswaar teruggelopen naar 352, maar de uitval van 165 (32 procent) is voor een niet onbelangrijk deel het gevolg van heropname. Bij de redenen waarom buiten deze heropname geen tweede of derde interview kon worden afgenomen, neemt de onbereikbaarheid een grote plaats in (bijlage 2.2).

Het zojuist gesignaleerde verloop bij de ex-patiënt(n) is uiteraard niet te constateren bij de hulpverleners: hier is immers geen sprake van een cohort. Theoretisch zouden bij iedere gegevensverzameling zowel dezelfde als andere hulpverleners als respondenten kunnen optreden. Alleen daar waar de nazorg van de ex-patiënten in handen bleef van de intramurale hulpverleners, zou van een zekere continuïteit sprake kunnen zijn. Het aantal hulpverleners zou in principe na zes maanden ook nog gelijk kunnen zijn aan het aantal respondenten

- mits iedere ex-patiënt dan nog nazorg zou hebben
- mits geen van de ex-patiënten zijn toestemming zou weigeren om zijn hulpverlener te benaderen
- mits er om welke redenen dan ook geen uitval zou optreden
- mits uiteindelijk ook geen van de hulpverleners zou weigeren om het interview over zijn patiënt toe te staan.

Aan al deze voorwaarden is niet voldaan zodat het aantal interviews met hulpverleners bij de start 515 bedroeg en na zes maanden nog 212 (overzicht 2.5).

*Overzicht 2.5 — Uitvalsoverzicht van interviews met hulpverleners via de ex-patiënten tot stand gekomen*

	Ex-patiënten		Hulpverleners-interview									
	startcohort	Geen nazorg	Non-respons				Respons					
			Weigering patiënten	Uitval	Weigering van hulpverleners	Hulpverleners						
ontslagsmoment	517	-	(	-	+	-	+	2	+	-)	=	515
na 3/4 maanden	414	-	(	73	+	11	+	-	+	17)	=	313
na 6/8 maanden	352	-	(108	+	10	+	1	+	21)	=	212	

Wat betreft de hulpverleners kan worden geconstateerd dat hun medewerking op alle drie de interviewmomenten buiten verwachting hoog was: op enkele weigeringen na op het tweede en derde meetmoment, hebben de door de ex-patiënten genoemde hulpverleners allen meegewerkt. Een verklaring door de ex-patiënten ondertekend met daarin het verlot aan de hulpverleners over hen inlichtingen te verschaffen, heeft aan deze participatie zeker bijgedragen.

Waar enkele nazorginstanties aarzeling lieten blijken inzake de medewerking van hun individuele hulpverleners is bij drie instanties met succes het onderzoek toegelicht. In een enkel geval gaf de ex-patiënt geen toestemming met de extramurale hulpverlener contact op te nemen. Incidenteel bleek dat een hulpverlener ondanks de toestemming van de ex-patiënt toch niet geïnterviewd wilde worden.

### **2.1.3. De representativiteit**

In het voorafgaande wezen we al op het belang van de vaststelling dat de uiteindelijke samenstelling van het cohort bestaande uit 352 ex-patiënten nog representatief is voor de populatie waaruit zij afkomstig is (de onderzoekspopulatie van de zeven APZ-en) en zelfs voor de potentiële ontslagpopulatie van alle 41 in 1979-1980 functionerende Nederlandse APZ-en.

Om dit te kunnen nagaan zijn de diverse groeperingen op een groot aantal demografische (o.a. geslacht, leeftijd, burgerlijke staat) en klinische kenmerken (o.a. diagnose, behandelduur) met elkaar vergeleken.

Allereerst wordt het startcohort van de 517 ontslagpatiënten vergeleken met het uiteindelijke cohort van 352 ex-patiënten; dit om na te gaan of dit eindcohort door de 'sample mortality' en vooral ook door de heropname ('extra' mortality) geen selecte groepering is geworden.

Uit deze vergelijking blijkt dat de 352 respondenten op de kenmerken geslacht, burgerlijke staat, nationaliteit, vooropleiding, inkomensbron en leeftijd een representatie vormen van het startcohort (bijlage 2.3).

Voorts blijkt dat er geen aanmerkelijke verschillen bestaan tussen de zeven APZ-en inzake de uitval van de ex-patiënten en van hun hulpverleners (bijlage 2.4).

Vervolgens hebben we het startcohort met het eindcohort vergeleken aan de hand van de klinische kenmerken diagnose, behandelduur en eerdere opname. Ook hier blijkt (bijlage 2.5) dat het eindcohort wat betreft deze kenmerken niet verschilt van het startcohort.

De vraag naar het al dan niet reeds eerder opgenomen zijn geweest werd zowel aan de ex-patiënten als aan de hulpverleners gesteld. Niet alleen blijkt de uitval in de loop van het onderzoek zich niet te gaan concentreren rond de reeds eerder opgenomen ex-patiënten; tevens blijkt (overzicht 2.6) dat de informatie door de hulpverleners over het al dan niet eerder opgenomen zijn niet verschilt van de informatie door de ex-patiënten zelf.

**Overzicht 2. 6 — Was dit de eerste opname in een APZ? Antwoordverdeling voor drie metingen (in procenten) voor ex-patiënten en hulpverleners**

Eerste opname	Ontslagmoment		Na 3/4 maanden		Na 6/8 maanden	
	Patienten	Hulpverleners	Patienten	Hulpverleners	Patiënten	Hulpverleners*
eerste opname	47	47	47	46	47	43
niet eerste opname	53	53	53	54	53	57
totaal	100 (517)	100 (515)	100 (414)	100 (313)	100 (352)	100 (212)

\* Niet bij alle ex-patiënten zijn hulpverleners geïnterviewd

Het is plausibel dat ex-patiënten op etikettering en stigmatisering met heropname reageren. Dat zou betekenen dat de uitval in de eerste zes maanden vooral door heropname tot stand zou komen en het eindcohort vooral door succespatiënten zou worden gevormd.

In het licht van die veronderstelling zijn we nagegaan hoe de heropnamecijfers na één jaar verdeeld zijn van zowel het startcohort alsook van het eindcohort (overzicht 2.7 en bijlage 2.5).

**Overzicht 2.7 — Startcohort en eindcohort naar heropname binnen 1 jaar na ontslag (in %)**

	Startcohort	Eindcohort
binnen één jaar volgend op het ontslag		
– wel heropgenomen	28 (147)	28 ( 97)
niet heropgenomen	72 (360)	72 (255)
totaal	100 (517)	100 (352)

Van de 517 ex-patiënten die bij het ontslag zijn geïnterviewd blijkt er 28 procent in het daaropvolgende jaar heropgenomen te zijn. Van de 352 ex-patiënten die na 6 à 8 maanden voor de derde maal werden geïnterviewd, blijkt eveneens 28 procent in het jaar volgend op het ontslag heropgenomen te zijn.

De hierboven geformuleerde veronderstelling blijkt dus niet uit te komen. Dat wil niet zeggen dat op individueel niveau dergelijke processen die leiden tot heropname zich niet zouden kunnen voltrekken.

Gezien het voorafgaande kan concluderend gesteld worden dat het eindcohort op een groot aantal variabelen niet verschilt van het startcohort. Er is geen selectieve uitval. Op de tweede plaats dient te worden vastgesteld in hoeverre door de uitval in de onderzoekspopulatie ( $n = 1035$ ) er niet reeds bij de start van de gegevensverzamelingen sprake was van een vertekende selectie bij de respondenten.

Welnu: de respons-groep en de groep van niet-geïnterviewden zijn op alle hierboven genoemde kenmerken met elkaar vergeleken. Kenmerken als geslacht, burgerlijke staat, nationaliteit en opleiding vertonen geen verschillen tussen uitvallers en respondenten (cf. bijlage 2.6). Ook wat betreft de aanvrager voor de opname, de juridisch opnamesituatie en de diagnose zijn geen verschillen aanwijsbaar.

Concluderend: het startcohort is te beschouwen als een verkleinde afbeelding van de onderzoekspopulatie inzake de genoemde kenmerken.

Rijst tenslotte de vraag of het startcohort eveneens een verkleinde weergave is van de totale Nederlandse ontslagpopulatie.

Om deze vraag te kunnen beantwoorden is contact opgenomen met de Geneeskundige Hoofdingspektie voor de Geestelijke Volksgezondheid met het verzoek een aantal gegevens uit de Patiëntenregistratie Intramurale Geestelijke Gezondheidszorg (PIGG) betreffende de periode waarin de eerste gegevensverzameling plaatsvond (1-10-'79 tot 30-6-'80) ter vergelijking met onze onderzoeksgegevens, beschikbaar te willen stellen met inachtneming van de reeds genoemde stratificatievariabelen.

De in de PIGG voorkomende gegevens<sup>6</sup> met betrekking tot deze potentiële ontslagpatiënten ( $n = 8200$ ) zijn: geslacht, nationaliteit, opleidingsniveau, bron van inkomsten, voorgaande verblijfssituatie, aanvragende instantie, juridische situatie bij opname, opname als gevolg (mede) van zelfmoordpoging, nazorg, adres na het ontslag, opname op grond van crimineel gedrag, burgerlijke staat, behandelduur, leeftijd.

Een vergelijking van deze landelijke gegevens met het startcohort (517) van het onderzoek levert op dat er *geen verschil* bestaat tussen landelijke ontslagpopulatie en het startcohort inzake:

- geslacht
- opname (mede) als gevolg van zelfmoordpoging
- eerste psychische diagnose
- nationaliteit
- opname op grond van crimineel gedrag

Hoe is nu de vergelijking met de andere kenmerken? (bijlagen 2.6 en 2.7)

Daartoe is onderscheid tussen verschillen kleiner of gelijk aan vijf procent enerzijds (overzicht 2.8) en groter dan vijf procent anderzijds (overzicht 2.9) gemaakt.



**Overzicht 2.8 — Vergelijking van de landelijke ontslagpopulatie met het startcohort op de kenmerken met een verschil van  $\leq 5$  procent (in %)**

	PIGG (n=8200)	Start cohort (n=517)
- opleidingsniveau LBO	23	27
- bron van inkomen WW	8	4
- juridische situatie:		
vrijwillig	81	76
In bewaringstelling (f B.S.)	12	16
- burgerlijke staat:		
gescheiden	14	11
weduwstaat	4	6
- leeftijd:		
20-30 jaar	28	24
30-40 jaar	27	22
40-50 jaar	20	27

Slechts bij een tweetal kenmerken zijn de verschillen groter dan vijf procent.

**Overzicht 2.9 — Vergelijking van de landelijke ontslagpopulatie met het startcohort op de kenmerken met een verschil van  $> 5$  procent (in %)**

	PIGG (n=8200)	Start cohort (n=517)
- voorgaande verblijfssituatie:		
alleen wonend	21	15
PAAZ	4	11
- aanvrager:		
huisarts	28	43
vrijgevestigd zenuwarts	6	15
SPD	29	9

Concluderend: met uitzondering van bovenstaande twee kenmerken is het startcohort blijkbaar een goede afspiegeling van de landelijke populatie die het APZ verlaat om weer een 'normale' plaats in de samenleving te gaan innemen.

## **2.1.4. Conclusies**

Het eindcohort van de patiënten vormt een goede afspiegeling van het startcohort op een groot aantal kenmerken. Het startcohort vormt eveneens een goede afspiegeling van de patiëntenpopulatie van de zeven psychiatrische ziekenhuizen. Het startcohort is tevens een goede afspiegeling van het landelijke patiëntenbestand dat het APZ na behandeling verlaat.

Dat betekent dat het startcohort beschouwd kan worden als een getrouwe afspiegeling van de potentiële onderzoeksgroep alsmede van de landelijke ontslagpopulatie. Op veel kenmerken is de steekproef een verkleinde weergave (representatief) van de landelijke populatie.

Van belang voor de generaliseerbaarheid is dat binnen de zeven APZ-en vastgehouden is aan het waarschijnlijkheidskarakter van de steekproef: iedere patiënt die met ontslag ging heeft gelijke kans gehad om van de steekproef deel uit te maken. Alles wat over de ondervraagde ex-patiënten in deze studie wordt gezegd is zeker te generaliseren voor alle ex-patiënten in de zeven APZ-en. Gelet op de frappant hoge gelijkenis van de onderzochte ontslaggroep met de landelijke ontslagpopulatie durven we te veronderstellen dat de gevonden resultaten in deze studie een hoge mate van geldigheid bezitten ook voor de landelijke ontslagpopulatie. Dit ondanks het gegeven dat de zeven APZ-en niet a-select zijn gekozen.

## **2.2. Onderzoeksvorbereidingen, instrumentarium en gegevensverzameling**

### **2.2.1. Onderzoeksvorbereidingen**

'Most of the data analysed by sociologists are derived from self-reports and researchers have long recognized the possibility that such reports may be highly inaccurate.' Met deze zin begint een artikel van Gove en Geerken (1977: 1289) over de moeilijkheden bij het verkrijgen van betrouwbare en valide onderzoeksresultaten met name op het terrein van psychische storing.

Niet alleen met deze waarschuwing voor ogen, maar tevens met de onderzoeksresultaten van Dohrenwend & Dohrenwend (1969); van Philips en Segal (1969); van Philips en Clancy (1970) en van Zola (1975) over de vertekeningen in 'self-reports' zijn we in 1979 begonnen met het voorbereiden van het onderzoeksterrein en het ontwikkelen van het onderzoeksinstrument.

Daarnaast was in het kader van de voorstudie al duidelijk geworden dat er bij diverse hulpverleners uit de intramurale psychiatrische zorg gereede twijfel bestond over de aanspreekbaarheid, de 'toerekeningsvatbaarheid' van psychiatrische patiënten; een twijfel die ook voor ontslagpatiënten bleef bestaan. Met name bestond de achterliggende idee dat patiënten niet dezelfde werkelijkheidsopvattingen huldigen als de onderzoeker, zelfs niet als hun medepatiënten; een andere werkelijkheidsopvatting behoort tot bepaalde ziektebeelden. Een bijkomend argument was het

gevaar van 'social desirable answers' waar ontslagpatiënten het geven van negatieve antwoorden op evaluatieve vragen in het eerste interview zouden kunnen koppelen aan het niet met ontslag mogen gaan.

Naast de drie genoemde obstakels ('self-report-bias', verschil in werkelijkheidsopvatting en 'social desirable answers') was te verwachten dat ook gezien ons uitgangspunt met alle risico van dien de ex-patiënten toch zelf aan het woord te laten, de onderzoekspraktijk nog de nodige moeilijkheden zou kunnen meebrengen: buitenstaanders die onderzoek doen op het terrein van de psychiatrie hebben vaak bij voorbaat al het etiket van 'trouble-maker'. Niet geheel ten onrechte overigens: psychische stoornis is een complex en zelfs voor ingewijden zeer ondoorzichtig fenomeen waar tegenstrijdigheden en vanzelfsprekendheden zeer dicht bij elkaar liggen. Dat geldt voor het persoonlijke functioneren van de patiënt evenzeer. Ook de structuur van de hulpverlening weerspiegelt deze complexiteit, ze wordt ondoorzichtig en daarmee, en dat geldt met name voor de intramurale psychiatrische hulpverlening, vatbaar voor etikettering op basis van historisch gegroeide stereotypen waartegen de hulpverlening als instituut zich dan weer meent te moeten weren door een gereserveerde en zelfs wantrouwende houding ten aanzien van 'buitenstaanders'. De ontwikkeling op het terrein van de psychiatrie, die vooral te karakteriseren is met een sterk toegenomen belangstelling voor de sociale aspecten van psychische stoornis, heeft ertoe geleid dat gedragswetenschappers in hun enthousiasme niet altijd even begrijpend en voorzichtig het terrein van de psychiatrie zijn binnengestapt.

Inzake de problemen rond de 'self-report' methode: we zijn daardoor niet van ons uitgangspunt afgestapt toch de ex-patiënten zelf over hun eigen situatie aan het woord te laten. Om echter zoveel mogelijk zicht te krijgen op mogelijke vertekeningen zijn waar nodig de 'self-report'-gegevens vergeleken met de gegevens uit de patiëntenregistratie en de gegevens door de hulpverleners verschaft.

Wat betreft het verschil in werkelijkheidsopvatting, leek dit verschil ons dermate belangrijk dat we er zelfs een aparte discrepantievariabele voor hebben geconstrueerd.

Wat betreft het probleem rond 'social-desirable-answers' een aantal gegevens die bij het ontslag werden verzameld is na drie maanden retrospectief gecontroleerd en daarbij werden nauwelijks verschillen geconstateerd.

Wat betreft de mogelijke problemen op het terrein van de psychiatrie: een grondige langdurige onderzoeksvoorbereiding heeft deze moeilijkheden tot een minimum kunnen beperken. Het belang daarvan werd door Freeman en Simmons (1967) reeds onderkend. Op grond van ervaringen wordt dit door ons volledig onderschreven; ter ondersteuning daarvan gaan we er wat uitgebreider op in.

Terugblikkend zouden de allereerste aanzetten voor dit onderzoek gedateerd kunnen worden in 1975, toen een eerste verkennend onderzoek door ons werd verricht naar de situatie van de ex-psychiatrische patiënten van het APZ St. Servatius in Venray. De meer directe voorbereidingen voor dit onderzoek zijn na een vooronderzoek rond 1978 getroffen in overleg met de directie van de zes genoemde samenwerkende

APZ-en in het Oosten des lands. Dit hield onder meer in dat in de diverse APZ-en het voorstel moest worden toegelicht en zelfs verdedigd. Op grond daarvan kan samenvattend gesteld worden dat behoudens de reeds genoemde algemene argumentatie ook op basis van een aantal specifieke argumenten, sociologisch onderzoek op het terrein van de psychiatrie, uiterst grondig dient te worden voorbereid.

1. de interne democratisering binnen de centra maakt snelle besluitvorming uiterst moeilijk;
  2. de intramurale psychiatrie is zo vaak voorwerp van felle en dikwijls onrechtvaardige critiek geweest, dat men de bedoeling van externe onderzoekers wantrouwt; slechts persoonlijke relaties kunnen dat wantrouwen doorbreken o.a. met verwijzing naar hetgeen men reeds op dat terrein heeft gepresteerd;
  3. de situatie van de psychiatrische behandeling is voor buitenstaanders zo volstrekt onduidelijk en onbekend dat probleemstellingen 'van achter het bureau geschreven' een onrealistisch karakter dragen;
  4. psychiatrische ziekenhuizen verschillen onderling zodanig dat de operationalisering van variabelen zeer tijdrovend is;
  5. tijd- en geldgebrek van de ziekenhuizen maken het onverantwoord van hen extra-inspanningen te verwachten: deze gaan altijd, althans op korte termijn, ten koste van de aandacht voor de patiënten. Is het nut van een onderzoek op langere termijn voor de patiënten niet op voorhand duidelijk, dan zal men het nut op kortere termijn i.c. de behandeling laten prevaleren;
  6. het verschil in de trant en terminologie tussen sociologen en de (voor het merendeel) medisch geschoolden in de psychiatrische ziekenhuizen vraagt een langdurige inwerkperiode in elkaars 'werelden' alvorens elkaar te verstaan met betrekking tot gezamenlijke activiteiten;
  7. aan de sociologie als toegepaste wetenschap wordt door de psychiatrie nog te weinig crediet gegeven; sociologen hebben daartoe ook zelf aanleiding gegeven.
- Uiteindelijk werd van vijf van de zes samenwerkende APZ-en medewerking verkregen en participeerden ook de APZ-en van Boekel en Venray.

### 2.2.2. Onderzoeksinstrumentarium

Uit eerder verricht onderzoek (Egers (1975), Visschers (1977), Alkemade (1977), Schreur (1979)) en vooral uit het vooronderzoek (Fransen (1977)) was gebleken, dat de ontwikkeling van het onderzoeksinstrumentarium niet zo eenvoudig zou zijn. Met meerdere zaken moest worden gerekend:

- het onderzoeksinstrumentarium moest op longitudinaal onderzoek zijn afgestemd; dus in de tijd vergelijkbare gegevens opleveren;
- het moest op de situatie van ex-patiënten uit zeven verschillende ziekenhuizen zijn afgestemd;
- het moest op twee informantencategorieën zijn afgestemd te weten ex-patiënten en hun hulpverleners. En bij de hulpverleners ook nog op wisselende categorieën (intramuraal en extramuraal);

- het moest hanteerbaar blijven, dat wil zeggen het mocht niet teveel tijd vergen van met name de hulpverleners en toch voor de probleemstelling voldoende materiaal kunnen opleveren;
- het moest op de een of andere wijze getoetst zijn of kunnen worden;
- de antwoorden moesten zoveel mogelijk mechanisch verwerkt kunnen worden.

Op grond daarvan werd gekozen voor een meetinstrument per gegevensverzameling, bestaande uit een vragenlijst voor de ex-patiënt, een voor de hulpverleners en de patiëntregistratie-kaart. Ten behoeve van de vergelijkbaarheid werden de vragen van de diverse vragenlijsten parallel aan elkaar opgesteld.

Voordat tot constructie van de eerste versie van de vragenlijst werd overgegaan werd contact opgenomen met de afdeling Sociale Psychiatrie van Groningen inzake de ervaringen met metingen met betrekking tot het gebied van de psychiatrische behandeling en met betrekking tot de ontslagsituatie. Kennis werd genomen van het 'Social Interview Schedule' van de General Practice Research Unit te London (1978) (een sociale functioneringsschaal) en de 'Social adjustment scale' (een sociale aanpassingsschaal) van Weismann (1975)<sup>8</sup>.

Ten aanzien van de ontslagsituatie werd geconsulteerd het onderzoeksinstrument dat gebruikt werd in een onderzoeksproject (1976) van de Mental Health Association of Essex County getiteld: 'From Back Wards to Back Streets, A Study of People in Transition from Psychiatric Hospitals to Community'. Bovendien werd kennis genomen van de vragenlijst van de Werkgroep Follow-up Psychotherapeutische gemeenschappen<sup>9</sup> die vanaf 1974 een longitudinaal onderzoek instelde naar de situatie van ex-patiënten van psycho-therapeutische gemeenschappen. Al deze informatie werd benut voor een herinterpretatie van de vragenlijsten die in de eerder genoemde vooronderzoeken werden gebruikt. Meer direct werd gebruik gemaakt van de 'Schriftelijke vragenlijst betreffende de hulpverlening/de behandeling van mensen met een functionele psychose' die eerder werd gebruikt in Groningen in het kader van een internationaal samenwerkingsproject van de 'World Health Organization' over 'Assessment and Reduction of Psychiatric Disability' en waarmee goede resultaten waren behaald.

Uiteindelijk kwam een eerste concept tot stand waarin de belangrijkste onderzoeksvariabelen via zowel vragen met voorgestructureerde antwoorden als zogenaamde 'open vragen' (geschikt voor inhoudsanalyse) aan bod kwamen.

Bovendien werden er speciale eisen gesteld ten aanzien van de kenmerken die betrekking hadden op de vrijwilligheid van de opname, de weerbaarheid van de ex-psychiatrische patiënt, de doelstelling van de nazorgactiviteiten, de etiketterings- en de stigmatiseringservaringen en op de nieuw te construeren variabelen betreffende niet-uitgekomen verwachtingen (frustratievariabelen) en betreffende de verschillende realiteitsopvattingen van ex-patiënten en hulpverleners (discrepantievariabelen).

Tijdens een periode van drie weken van participerende observatie op het Psychiatrisch Centrum Wolfheze werd dat eerste concept ter plaatse geëvalueerd, herschreven, opnieuw geconstrueerd en uitgetest. Gelijktijdig werd nagegaan in hoeverre diverse items voor de diverse ziekenhuizen eenduidig zouden zijn. Daartoe bleek het

noodzakelijk met een aantal personen uit de deelnemende APZ-en de vragenlijsten kritisch door te nemen.

De uiteindelijke versie van de eerste vragenlijsten werd op basis van de alleereerste ervaringen bij de eerste gegevensverzameling nog een keer bijgesteld. De genoemde periode van participerende observatie is van groot belang geweest voor het hele onderzoek. Het logboek over die tijd kent een groot aantal aantekeningen betreffende de sfeer en de organisatie in het psychiatrisch centrum, met name over de sfeer en de organisatie van de opnamepaviljoens, over het behandelingsklimaat en de plaats daarin van het behandelingscontract, het dagprogramma. Ook werd kennis gemaakt met de aard en doelstelling van de diverse therapieën, van het groepsproces tussen patiënten onderling, tussen hulpverleners en patiënten, tussen ziekenhuis en 'nazorg' en tussen patiënt en sociale omgeving.

De organisatie van het veldwerk en het interviewerscorps laat zich in het kort als volgt beschrijven.

De periode van participerende observatie was ook van groot belang om te onderzoeken hoe de organisatie van het interviewen moest worden opgezet en vooral aan welke eisen de interviw(st)er(s) zouden moeten beantwoorden. In het besef dat alle bij het onderzoek betrokken centra verschillend van aard waren, dat binnen ieder ziekenhuis het ontslag van de patiënten anders was geregeld, wetende dat een aantal antwoorden van respondenten (zowel patiënten als hulpverleners)slechts door 'insiders' te begrijpen zouden zijn, in het besef dat alleen 'insiders' de communicatielijnen, waarlangs het ontslag van patiënten verloopt, zouden kunnen benutten, werden alleen personen die in het betreffende ziekenhuis goed de weg wisten aangezocht als interview(st)er. Tevens moest het ziekenhuis zelf hen die taak willen toevertrouwen (daarbij werd door ons vooral gewaakt voor het ziekenhuis te goed/te slecht willen voorstellen) en moesten ze geen speciale (hulpverlenings)relatie hebben met de patiënten (interviewer-bias). Aldus werd het corps samengesteld uit personen die part-time of full-time op het ziekenhuis werkten of anderszins nauwe betrekkingen hadden met de gang van zaken op het ziekenhuis. Hun opleidingsniveau lag op het middelbare niveau of hoger; allen op twee na (een psychologie-student en een rechtenstudent in zijn afstudeerfase) hadden ervaring met het psychiatrisch werk. In totaal waren voor de zeven ziekenhuizen tien interviewsters en drie interviewers in dienst. Allen werden ze ter plaatse geïnstrueerd door de projectleider zelf in het gebruik van de vragenlijsten, in de invulling van de P-kaart en in de organisatie van de interviews.

Met nadruk werd hen gewezen op hun taak als interview(st)er, die geen therapeutische activiteit inhoudt, op de privacy van de gegevens en op de beroepscode waaronder ook sociologisch onderzoek valt. Er werd voor gewaakt dat geen outsider de interviews zou kunnen inzien. In ieder APZ trad bovendien een contactpersoon op als schakel tussen interviewers en APZ. Voor met name de eerste gegevensverzameling zijn deze contactpersonen uitermate belangrijk geweest. Zij traden in eerste instantie op bij moeilijkheden bij het afnemen van de interviews, zij regelden de

organisatie van het afnemen van de interviews met patiënten en hulpverleners in het ziekenhuis, zij namen contact op met 'onwillige' hulpverleners en vooral zij signaleerden wanneer het gewenst was dat de projectleider ter plekke verscheen om het een en ander weer eens 'aan te punten'.

Daarnaast werd via hen nauw contact onderhouden met de diverse hoofden van de medische administratie. Via hen werden de persoonsgegevens van de registratiekaarten (Leidschendam) overgenomen.

Voor de tweede en derde gegevensverzameling werd gebruik gemaakt van een selectie uit het interviewerscorps van het Instituut voor Toegepaste Sociologie. Deze werden daarna op de Universiteit van Nijmegen uitgenodigd voor een speciale interviewerstraining (van den Hout/Wester, 1978).- Via een speciaal ontworpen draaiboek werden zij geïnstrueerd waar en wanneer te interviewen zodanig dat de privacy van de ex-patiënt optimaal was gewaarborgd.

### **2.2.3. De gegevensverzamelingen**

Het onderzoek kent vier tijdstippen van gegevensverzameling. De eerste vond plaats rond de datum waarop de patiënt het APZ verliet. De gegevens werden op dat moment verzameld via een (anonieme) copie van de P-kaart (of een verkorte versie daarvan), via een mondeling interview met de ontslagpatiënt en een met de door de ontslagpatiënt aangewezen hulpverlener. De tweede verzameling had plaats drie à vier maanden na het ontslag via een (mondeling) interview met de ex-patiënt en een met de door hem aangewezen intramurale of extramurale nazorger. Ditzelfde herhaalde zich in de derde verzameling die zes à acht maanden na het ontslag plaatsvond. De gegevensverzameling tenslotte had plaats twaalf maanden na de ontslagdatum en bestond uit het registreren van een mogelijke heropname binnen die twaalf maanden en hoe vaak heropname was voorgekomen. Deze laatste registratie werd voor vergelijkingsdoeleinden gemaakt van alle potentiële (n=1035) respondenten van de zeven APZ-en.

In het kort willen wij de belangrijkste zaken memoreren die voor deze vier momenten karakteristiek waren.

Hoewel het oorspronkelijk de bedoeling was dat in alle zeven APZ-en gelijktijdig met de eerste gegevensverzameling zou worden gestart bleek dit om een aantal redenen niet mogelijk. Daarmee ontstond het risico dat de tijd als mogelijke interveniërende factor zou gaan optreden. Hoewel met die mogelijkheid gedurende het onderzoek rekening werd gehouden zijn er geen aanwijzingen dat een dergelijke interveniërende factor is opgetreden.

De tweede en derde gegevensverzameling worden gekenmerkt door een nogal gecompliceerde onderzoeksorganisatie.

De belangrijkste aspecten ervan zijn:

- het omzichtig opsporen van de reeds eenmaal geïnterviewde ex-patiënten die bij hun vertrek uit het APZ hun medewerking van het tweede interview hadden toegezegd;

- het toestemming verkrijgen met een hulpverlener uit de nazorg als die er was, om een gesprek te voeren over de toestand van de ex-patiënt;
- het overtuigen van de ex-patiënt dat participatie in het derde en laatste interview zeer belangrijk was;
- het overtuigen van de hulpverlener uit de nazorg dat een gesprek met hem over de ex-patiënt niet tegen de beroepsetiek inging.

Om dit alles te realiseren was onder andere nodig:

- de adressen van de ex-patiënten moesten kloppen;
- er moest een waterdichte legitimatie zijn van de interviewster;
- de interviewster moest op de hoogte zijn van de instantie die de nazorg na het ontslag op zich zou nemen om vanuit die instantie een hulpverlener aangewezen te krijgen;
- een waterdichte legitimatie van de interviewster bij de hulpverlener in de vorm van onder andere een getekende verklaring van de ex-patiënt en een vooraankondiging van het onderzoek vanuit het APZ;
- strikte garanties dat geen misbruik van de onderzoeksgegevens kon plaatsvinden.

De vierde gegevensverzameling wordt gekenmerkt door eenvoud maar ook door het tijdrovende karakter ervan. De medische administraties van de zeven APZ-en moesten één jaar teruggaan en van alle ex-patiënten die gedurende de periode van de gegevensverzameling het APZ verlieten (en potentieel respondent waren) nagaan of en hoe vaak ze in dat jaar na het ontslag werden heropgenomen en voor hoe lang. Soms moesten er in de APZ-en 'dagboeken' op worden nageslagen.

## 2.2.4. Conclusions

Aan een drietal methodologische problemen te weten 'self-report-bias'; verschil in werkelijkheidsopvatting en sociale wenselijkheid in beantwoording is bij de onderzoeksvoorbereiding extra aandacht geschonken. Voor alle drie is een bevredigende oplossing gezocht en gevonden.

Geconstateerd is dat indringend sociologisch onderzoek op het terrein van de psychiatrie niet met een enthousiasme wordt ontvangen. Een zorgvuldige voorbereiding van het veld op het onderzoek (en vice versa) kan, zo blijkt uit de praktijk een mogelijk wederzijds wantrouwen ten goede keren.

Aan het onderzoeksinstrumentarium dienen om meerdere redenen hoge eisen te worden gesteld. Bij gebrek aan een sociologisch onderzoeksinstrumentarium voor longitudinale doeleinden is dit voor een belangrijk deel ontwikkeld. Het uittesten en valideren is gebeurd via een vooronderzoek en via participerende observatie met daaraan gekoppeld een beoordelings-panel. Uiteraard zijn reeds beschikbare schalen, die elders gevalideerd zijn, benut in dit onderzoek. Omwille van de privacy is een getraind en vertrouwd interviewcorps een absoluut vereiste. Het longitudinale karakter van het onderzoek, gecombineerd met het benaderen van twee responden-



tencategorieën en het feit dat het onderzoek zich richt op ex-psychiatrische patiënten, maakt een perfecte organisatie van de diverse gegevensverzamelingen tot een absolute noodzaak.

### 2.3. Samenvatting

Samenvattend kunnen we stellen dat het startcohort (n=517) beschouwd kan worden als een goede afspiegeling van de potentiële onderzoeksgroep alsmede van de landelijke ontslagpopulatie.

Er is vastgehouden aan het waarschijnlijkheidskarakter van de steekproef voorzover het de opname van patiënten in de steekproef betreft, maar om praktische redenen niet voor wat betreft de keuze van de zeven APZ-en. In het volgende hoofdstuk zullen we aan de hand van een reeks kenmerken nagaan of en hoe de andere Nederlandse APZ-en van elkaar en van de zeven participerende APZ-en verschillen. Daarmee kan dan onze opvatting worden gesteund dat alles wat over de ondervraagde ex-patiënten gezegd kan worden vanuit deze onderzoeksresultaten te generaliseren is voor de landelijke ontslagpopulatie.

Een drietal methodologische obstakels kon in hun uitwerking worden gecontroleerd en opgelost. Wil de onderzoeksrelatie sociologie - psychiatrie vruchtbaar zijn dan dient deze relatie zorgvuldig te worden voorbereid en onderhouden om mogelijk optredend wantrouwen geen kans te geven. De zorg voor de privacy van de onderzoeksgegevens, respect voor de patiënten en het accepteren van psychische stoornis en psychiatrische behandeling als een complex en niet steeds even duidelijk fenomeen, zijn absolute voorwaarden voor het slagen van een dergelijk empirisch onderzoek.



**ENKELE KENMERKEN VAN DE ZEVEN PARTICIPERENDE  
ALGEMENE PSYCHIATRISCHE ZIEKENHUIZEN (APZ-EN),  
VAN DE ONDERVRAAGDE (EX-)PATIËNTEN  
EN DE ONDERVRAAGDE HULPVERLENERS**

*Inleiding*

De bedoeling is een informatieve achtergrond te schetsen aan de hand van een aantal beschrijvingskenmerken van de situatie waarin de ex-patiënten en hun hulpverleners zich bevinden. Vervolgens wordt nagegaan of er typische verschillen zijn te signaleren tussen de diverse APZ-en, welke als instellingsfactoren bij de analyse en interpretatie van de onderzoeksgegevens dienen te worden betrokken.

We zullen de APZ-en beschrijven naar een aantal aspecten zoals hun functioneren en hun taak, de mate van regionale samenhang, hun capaciteit en financiële mogelijkheden, hun behandelprogramma's, hun opname- en ontslagbeleid.

Van de respondenten, te verdelen in ex-patiënten en hulpverleners, wordt een systematische beschrijving gegeven aan de hand van een aantal demografische en klinische psychiatrische kenmerken.

Achtereenvolgens komen aan de orde:

- de achtergronden van de participerende algemene psychiatrische ziekenhuizen (3.1.);
- de kenmerken van de ondervraagde ex-patiënten (3.2.);
- de kenmerken van de ondervraagde hulpverleners (3.3.).

**3.1. Achtergronden van de participerende algemene psychiatrische ziekenhuizen (APZ-en)**

**3.1.1. Functioneren en taak**

Zoals reeds opgemerkt functioneerden ten tijde van de gegevensverzameling in Nederland 40 algemene psychiatrische ziekenhuizen<sup>1</sup> met ruim 23.000 plaatsen (de Haen, 1980:28). Bestuderen we deze 40 nauwkeuriger dan zijn er historisch gezien nogal verschillen te constateren. Het lijkt ons niet dat we daar nu uitgebreid op moeten ingaan<sup>2</sup>. Het lijkt voldoende enige informatieve opmerkingen te maken om de positie van de zeven participerende ziekenhuizen enigszins duidelijk te maken. Wat betreft hun historie variëren deze zeven in leeftijd van 150 jaar oud (Boekel) tot enkele tientallen jaren (Raalte); zes van de zeven zijn ouder dan 75 jaar. Ze zijn alle zeven

voortgekomen uit de doelstelling van religieuze of confessioneel christelijke groeperingen (zoals kloosterorden): de zieken te verzorgen en de noodlijdenden bij te staan. Door de verbinding met deze groeperingen wordt begrijpelijk hoe het komt dat diverse psychiatrische ziekenhuizen ook nu nog vaak onder eenzelfde overkoepelende organisatie vallen. Zo ressorteren de psychiatrische ziekenhuizen van Boekel en Apeldoorn (wat uiteindelijk niet participeerde, hoewel ook behorende tot het samenwerkingsverband van Overijssel-Gelderland) samen met vier zwakzinnigeninstituten onder de Daniël de Brouwerstichting. Wolfheze en Ermelo behoren met nog vier psychiatrische ziekenhuizen tot de Vereniging tot Christelijke Verzorging van Geestes- en Zenuwzieken opgericht in 1884 (samen behartigen deze zes ziekenhuizen ongeveer 17 procent van alle plaatsen in de Nederlandse psychiatrische ziekenhuizen). Een geheel ander soort koepel is te vinden in de 'Stichting het Oude en Nieuwe Gasthuis' waaronder het psychiatrische ziekenhuis van Warnsveld ressorteert evenals het algemene ziekenhuis en het verpleeghuiscentrum te Zutphen.

Al met al weerspiegelen de zeven ziekenhuizen die bij het onderzoek zijn betrokken historisch gezien een hoofdzakelijk op confessioneel-christelijke grondslag gebaseerde legpuzzel, zoals deze ook in de hele intramurale GGZ van Nederland tot uitdrukking komt.

Hoe een APZ in Nederland dient te functioneren en wat zijn plaats is in het geheel van de nationale volksgezondheid als organisatie, maar ook als beleidsbepalende instantie, is vastgelegd in de 'Concept-Normen en Voorwaarden voor Erkenning van Psychiatrische Instellingen' van de staatssecretaris van Volksgezondheid en Milieuhygiëne (1978). In artikel 1 van dit concept wordt bepaald: 'Een algemeen psychiatrisch ziekenhuis is een in principe regionale instelling, die multidisciplinaire integrale hulp verleent aan mensen met psychische en daaraan verwante psychosociale stoornissen en die een leefklimaat biedt, gericht op herstel van gezondheid en welzijn. Een algemeen psychiatrisch ziekenhuis richt zich daarbij in principe op alle categorieën psychiatrische patiënten, terwijl een categoriaal psychiatrisch ziekenhuis zich richt op een nauw omschreven patiëntencategorie; het categoriaal psychiatrisch ziekenhuis kan daarbij tevens een bovenregionale functie vervullen.

In het algemene deel van dit concept wordt vervolgens een twee-ledige doelstelling geformuleerd:

- 1.1 Voor de toepassing van dit besluit wordt als doel van een psychiatrische instelling verstaan: multidisciplinaire integrale hulpverlening aan alle psychiatrische patiëntensystemen, die aangewezen zijn op hulpverlening door de instelling.
- 1.2 Een psychiatrische instelling dient volgens regionale en andere afspraken, in samenwerking met andere instellingen in of buiten de gezondheidsregio, garant te staan voor het verlenen van hulp aan een ieder uit het betrokken verzorgingsgebied, die op de door de desbetreffende instelling verstrekte hulpverlening is aangewezen.

Het eerste deel van deze doelstelling vereist 'personeel met psychiatrische, sociaal psychiatrische, psychologische, sociologische, agogische, verpleegkundige en admini-

stratieve bekwaamheden.’ Ontbreekt deze deskundigheid dan dient daarin via systematische consultatie te worden voorzien.

Ten aanzien van het tweede deel van deze doelstelling, het gedeelte dat bij uitstek betrekking heeft op de situatie van de ex-psychiatrische patiënt, vermeldt het besluit (in artikel 2.2.1 van het ‘Algemeen Gedeelte’) dat ‘de psychiatrische instelling deel (dient) uit te maken van het netwerk van voorzieningen voor de geestelijke gezondheidszorg in de regio en zo nodig bovenregionaal in de geestelijke gezondheidszorg van een aantal regiones’. In het ‘Bijzonder Deel’ worden verdere specificaties aangegeven voor het Algemeen Psychiatrisch Ziekenhuis (APZ). Daarin wordt bepaald dat de minimum-omvang 200 en de maximum-omvang 500 klinische behandelplaatsen dient te zijn, tenzij de uitvoering van een herstructureringsproces in de geestelijke gezondheidszorg een overschrijding onvermijdelijk maakt, of wanneer een (tijdelijke) noodtoestand daartoe aanleiding geeft (art. 1.1. Bijzonder Deel).

De zeven in het onderzoek betrokken ziekenhuizen zijn alle algemene psychiatrische ziekenhuizen en moeten conform het genoemde ‘concept’ de navolgende ‘verstrekkingen leveren’:

- observatie en klinische behandelingen
- poliklinische behandeling
- dagbehandeling

Daarnaast dienen zij alle zeven te beschikken over een ‘multidisciplinair hulpverleningspakket’ en daarvoor te beschikken over het benodigde personeel.

Voorts dienen zij bij de behandeling tot het ‘patiëntstelsel’ mede in de behandeling te betrekken. Tenslotte dient een algemeen psychiatrisch ziekenhuis niet alleen als behandelingsinstituut te functioneren maar moet het tegelijk ook een sociotherapeutisch milieu bieden.

In het verdere verloop van dit onderzoeksverslag zullen we proberen te constateren op welke wijze de zeven participerende ziekenhuizen deze intenties hebben kunnen realiseren.

### **3.1.2. Regionale samenhang**

Hebben de zeven participerende psychiatrische ziekenhuizen zonder twijfel essentiële verschillen op het gebied van historie, ontstaansgronden, etc. (v.d. Esch, 1975), ze hebben zeker ook een groot aantal zaken gemeenschappelijk. In sommige gevallen hebben de ziekenhuizen mede onder de druk van buitenaf iets gemeenschappelijks gekregen. Zo hebben de discussies rond antipsychiatrie en democratische psychiatrie, rond regionalisatie (RIAGG- en RIGG-vorming<sup>3</sup>) en kleinschaligheid, ongetwijfeld bijgedragen aan een herbezinning ten aanzien van de plaats en de taak van het APZ in de samenleving. Met name de discussie rond RIAGG en RIGG-vorming (sinds 1974) en het verschijnen van de Wet Voorzieningen Gezondheidszorg (WVG) hebben geleid tot meer samenwerking tussen de diverse APZ-en en tot een afstemming van

taken (WRR-rapport 1982: 118 e.v.). Van de samenwerking tussen de zes eerder gemelde APZ-en, heeft dit onderzoek profijt kunnen trekken. Een van de grondredenen van dit onderzoek was immers juist gelegen in de samenwerkingsafspraken tussen de zes APZ-en van Overijssel en Gelderland (regio-Oost-Nederland) waartoe ook het gezamenlijk doen van onderzoek behoort.

### 3.2.3. Capaciteit

Wat betreft de omvang van de zeven ziekenhuizen naar behandelmogelijkheden variëren deze van ongeveer 400 tot ongeveer 800 behandelplaatsen (gemiddeld 641) en vormen 19 procent van het totale psychiatrische beddenbestand in Nederland. In vijf van deze zeven ziekenhuizen wordt het toegestane maximum van 500 klinische behandelplaatsen overschreden. Bij dit aantal behandelplaatsen zijn wel de zogenaamde 'long-stay'-plaatsen meegerekend. Met name de wat oudere ziekenhuizen met een door de tijd gegroeid chronisch patiënten-bestand komen daardoor in de situatie dat een groot deel van hun 'officiële' behandelplaatsen eigenlijk niet voor kortdurende behandeling van patiënten gebruikt wordt omdat in de loop der tijd een aantal chronische patiënten al zolang in het ziekenhuis verblijft dat ze er eigenlijk zijn komen 'wonen' en daar bejaarde patiënten worden.

Het ontstaan van deze categorie (wel met de term 'oude chroniciteit' aangeduid) stamt uit een tijd waarin de farmacologische en therapeutische mogelijkheden van het APZ en/of de financiële en maatschappelijke mogelijkheden van de patiënten, niet van dien aard waren dat ze het APZ binnen korte tijd konden verlaten. Het zeer langdurig verblijven van patiënten in een APZ wordt daarmee echter niet volledig verklaard. Ook in de huidige tijd kan nieuwe chroniciteit niet steeds worden vermeden. Financiële en sociale omstandigheden enerzijds maar ook sociaal-psychologische factoren zoals vereenzaming en vervreemding anderzijds, beperken ook nu nog voor een deel de ontslagmogelijkheden.

Hierdoor wordt verklaarbaar waarom psychiatrische ziekenhuizen met een groot aantal behandelplaatsen niet steeds een naar verhouding even groot doorstroomcijfer hebben.

Om enig idee te geven van de capaciteit van de participerende APZ-en, zijn een aantal gegevens betreffende de voorzieningen van deze zeven APZ-en in overzicht 3.1 bij elkaar gebracht.

Het zal duidelijk zijn dat de doortstroming per 100 beschikbare bedden ten nauwste samenhangt met het percentage patiënten dat langer dan een jaar in het APZ verblijft en in deze categorie hebben de chronische patiënten een belangrijk aandeel. De 'opbouw' van een dergelijk chronisch bestand duurt  $\pm 10$  à 15 jaar. Vandaar dat bijvoorbeeld Raalte (een betrekkelijk jong APZ) een hoog doorstroomcijfer heeft en Venray en Wolfheze een laag.

Het 'aantal beschikbare bedden' is derhalve een zeer rekbaar begrip; een zekere

### Overzicht 3.1 — Opname- en ontslagcijfers per APZ op 31-12-79\*

	Beschikbare* bedden	Aantal opne- mingen* in 1979	Aantal ont- slagen* in 1979	Doorstro- ming* per 100 beschik- bare bedden	Langer dan** 1 jaar opgeno- men (in %)
Raalte	408	532	526	130	36
Wolfheze	818***	319	275	39	80
Warnsveld	533	572	553	107	57
Deventer	520	337	272	65	66
Ermelo	800	805	721	101	69
Venray (St Servatius)	682	386	359	57	69
Boekel	470	422	391	90	67

\* Voor de basisgegevens Bron Overzicht gegeven psychiatrische instellingen in Nederland, 1980, GHIV 1982 84 e.v.

\*\* Aantal AWBZ-bedden x 100: patiënten langer dan 1 jaar opgenomen

\*\*\* In Wolfheze bewoont bijna 50 procent van de patiënten sociowoningen op het terrein van het APZ. Het betreft hier met name patiënten met een zeer lange tot permanente verblijfsduur.

‘dichtslibbing’ is op den duur nauwelijks te voorkomen. Vanzelfsprekend kan de doorstroming ook worden beïnvloed door de aard en de nagestreefde duur van de behandeling. Een grote doorstroming op zich zegt evenwel niets over de kwaliteit van het APZ; een sterk op resocialisatie gerichte behandeling van korte duur, betekent niet *‘ipso facto’* dat het APZ goed functioneert voor ‘long-stay’-patiënten. Het APZ heeft naast een behandel functie immers ook een verblijfsfunctie. Een andere oorzaak waarom een APZ (als bijvoorbeeld Wolfheze) een hoog percentage langverblijvende patiënten heeft, is gelegen in het groot aantal PAAZ-functies in de omgeving van het APZ. Daardoor krijgt het APZ een in verhouding groot aantal patiënten aangeboden ter (langdurige) behandeling, aangezien de PAAZ in dat geval de kortdurende behandelingen voor haar rekening neemt.

#### 3.1.4. Financiële aspecten<sup>5</sup>

De totale exploitatiekosten van de Nederlandse APZ-en bedroegen in 1979, 1403 miljoen gulden. Daarvan werd 50 procent uitgegeven aan salarissen en 26 procent aan sociale kosten en andere personeelskosten. De inkomsten in de APZ-en bedroegen 1400 miljoen gulden. Ongeveer 260 miljoen gulden bedroegen in 1979 de exploitatiekosten van de zeven participerende APZ-en. De inkomsten waren daaraan nagenoeg gelijk en kwamen voor bijna honderd procent voort uit de verpleeg-en verzekeringsgelden.

De kosten per verpleegdag varieerden in 1979 tussen de zeven APZ-en van f 191,- voor Venray en f 150,- voor Deventer en Wolfheze. De salariskosten varieerden per verpleegdag tussen f 100,- voor Venray en f 74,- voor Wolfheze. Het landelijke gemiddelde per verpleegdag was f 178,- en de gemiddelde salariskosten waren f 88,-. Alle intramurale voorzieningen worden gefinancierd via de AWBZ, de ziekenfondsen en de particuliere ziekteverzekeraars (KLOZ)<sup>6</sup>.

### **3.1.5. Ontwikkelingen in opname en ontslag**

Sinds 1967 is het aantal psychiatrische opnamen maar ook het aantal ontslagen sterk gestegen, dat wil zeggen patiënten (ook zij die opgenomen werden met ernstige ziekteverschijnselen) verblijven over het algemeen korter in de psychiatrische ziekenhuizen dan voorheen. Dat betekent niet zonder meer dat zij worden 'genezen', maar het uitgangspunt van de behandeling is veel meer dan vroeger de idee dat afwisselend in de samenleving en in het APZ verblijven, te verkiezen is boven een permanent verblijf in het APZ.

Een lange verblijfsduur in een APZ kan resocialisatie bemoeilijken: de ex-patiënt moet zich weer kunnen inpassen in zijn gezin en werk. Door de lange verblijfsduur kan men ook zijn werk en andere relaties verliezen, terwijl deze juist voor de opvang en het functioneren voor de toekomst van de ex-patiënt van levensbelang lijken te zijn.

De toename van het aantal opnames heeft overigens een nauwe relatie met de maatschappelijke structuren die de laatste jaren sterk zijn veranderd. Tal van hiërarchische verhoudingen zijn verdwenen of grondig gewijzigd, de aard van de sociale relaties is er een van onderhandelen op gelijke basis; dit kan met name in de privé-sfeer (huwelijk, gezin, etc.) een verrijking zijn maar ook een bron van spanningen en psychische nood.

Daarnaast zijn er demografische en economische trends die doen vrezen voor een groei van het aantal psychische noden en een groter beroep op hulpverlening (onder meer de vergrijzing, vereenzaming, de slechte economische situatie<sup>7</sup>).

Het een en ander heeft ertoe geleid dat in het behandelpakket gaandeweg een ruime plaats is toegekend aan de psycho-sociale therapieën (relatietherapie, echtparentherapie).

'Over het algemeen geeft het onderzoek naar effecten van de geestelijke gezondheid-zorg een weinig hoopvol beeld. Ondanks de inzet van zowel therapeut als cliënt zijn de effecten zelden spectaculair...' (WRR-rapport 1982: 121). Wat de deskundigheid betreft zijn er aanwijzingen dat niet de deskundigheid maar de persoonlijkheid van de therapeut het succes van de behandeling vooral bepaalt.



### 3.1.6. Behandelprogramma's: uitgangspunten en voorwaarden

De groei, de afbouw en de herstructurering van de algemene psychiatrische ziekenhuizen in Nederland zijn onlosmakelijk verbonden met de doelstellingen van hun bestaan. Vanouds heeft een APZ als gesticht, als inrichting vooral de functie gehad mensen op te vangen, ze daartoe te asyleren, de samenleving tegen hen te beschermen en hen tegen de samenleving. De zeven participerende APZ-en maken daarop geen uitzondering. Onder invloed van belangrijke ontwikkelingen in het denken over de psychiatrische praktijk (zoals bijvoorbeeld: de kritiek op dwangbehandeling), de opkomst van de psychofarmaca, alsmede de invloed van de gedragswetenschappen valt een verschuiving te constateren ten aanzien van de functie van het APZ in twee richtingen:

- niet zomaar iedereen die door de samenleving wordt uitgestoten, moet door het APZ als patiënt worden geaccepteerd;
- het APZ dient niet steeds meer te gaan fungeren als toevluchtsoord, als asyl, als 'gasthuis' voor hen die door zichzelf of door hun sociale omgeving niet meer gezien worden als functionerend binnen de samenleving, maar als behandelingsinstituut.

Deze verschuiving betekent niet dat daarmee het asyleren van mensen die door de samenleving worden uitgestoten, volledig is verdwenen. Het APZ ziet de opvang daarvan echter niet (meer) als zijn belangrijkste functie: zijn taak is 'behandelen' in de ruime zin van het woord. Daaronder dient men te verstaan 'het verlenen van psychiatrische hulp op wetenschappelijke basis door geïntegreerd werkende adequaat opgeleide deskundigen in de noodzakelijke sectoren van de behandeling (Beleidsnota Huize Padua, 1983: 25). Deze omschrijving vestigt er de aandacht op dat in de behandeling niet alleen psychiaters zijn betrokken, maar ook andere beroepsbeoefenaren; bovendien wordt erop gewezen dat waar het gaat om behandeling in ruime zin, ook het bieden van woongelegenheid, van leefruimte, daartoe behoort.

Bij alle zeven participerende APZ-en kan worden geconstateerd dat zij in deze denktrant grote aandacht hebben voor goed wonen en werken als voorwaarde voor een goede behandeling.

De behandeling in engere zin heeft als doel een optimale ontplooiing van menselijke existentie onder andere door behoud, verbetering, herstel of het aangaan van nieuwe relatiepatronen van de in behandeling genomen psychiatrische patiënt. Daarbij gaat men uit van de gedachte dat de gedragsstoornis van de patiënt haar wortels kan hebben in zowel het inter-individuele (relationele) vlak, alsook in het intra-individuele (psycho-dynamische en psycho-somatische) vlak.

Waar mogelijk is het object van de zorg derhalve niet alleen de patiënt als geïsoleerd individu, maar ook de groep (gezin, buurt, werk) waartoe patiënt behoort.

Inherent aan deze behandeling kan in de zeven APZ-en dan ook gesignaleerd worden dat de behandeling een multidisciplinaire aangelegenheid is. Deze krijgt in de ziekenhuizen met name gestalte door de samenstelling van de behandelteams waarin naast psychiaters en psychologen ook verpleegkundigen, therapeuten en maatschap-

pelijke werkenden een rol spelen. Zo is ons gebleken dat 94 procent van de hulpverleners die bij het ontslag van de patiënt uit het psychiatrisch ziekenhuis, over de persoonlijke en sociale situatie van deze patiënten werden ondervraagd, stelt lid te zijn van een dergelijk behandelteam.

Dergelijke teams (vaak onder leiding van een behandelcoördinator) kunnen tot taak hebben zowel de opname te verzorgen, alsook de voortzetting van de behandeling, de ontslagvoorbereiding, het ontslag zelf en de daaropvolgende begeleiding c.q. nazorg.

### **3.1.7. Opname- en ontslagbeleid**

Het opname- en ontslagbeleid van de Nederlandse APZ-en (en ook van 'de zeven') kent een groot aantal gemeenschappelijke elementen. Zo wordt er steeds tot opname overgegaan wanneer er sprake is van een acute crisis-situatie en dan geldt niet altijd alleen voor patiënten uit het gebied waarvan een APZ primair de verzorging heeft. Een APZ kan fungeren als 'achterwacht' van een neurologische afdeling van een Algemeen Ziekenhuis, of een reservefunctie hebben ten aanzien van het verzorgingsgebied van een APZ waarmee wordt samengewerkt. Tevens kan een APZ naast afdelingen met een regionale functie ook een afdeling hebben met een supra-regionale functie. Huize Padua te Boekel fungeert bijvoorbeeld als psychiatrische achterwacht voor de psychiatrische afdeling van het St. Joseph-ziekenhuis te Veghel en heeft een reservefunctie ten aanzien van het primaire verzorgingsgebied van de RPI te Eindhoven. Naast deze regionale functie heeft Huize Padua ook supra-regionale functies ten aanzien van verslavingen en dubbel-gehandicapten (Beleidsnota Huize Padua 1983: 40 e.v.). Een dergelijke situatie geldt in grote lijnen ook voor de andere zes APZ-en.

Er ontstaat een dilemma als iemand niet in zijn oorspronkelijke milieu te handhaven is en ondubbelzinnig psychiatrische hulp nodig heeft, terwijl gezien de stand van de patiënten- en personeelsbezetting geen mogelijkheid tot behandeling aanwezig wordt geacht. In dat geval kan een opname worden geweigerd vanuit de optie dat nieuwe opnamen niet mogen leiden tot een onaanvaardbare belasting voor patiënten en personeel.

In het algemeen wordt voor het ontslag wel rekening gehouden met de motivatie die de patiënt heeft de poging tot functioneren buiten het centrum te wagen; regelmatig wordt een dergelijke poging ingeluid door op proef met verlof gaan, wat later in een definitief ontslag wordt omgezet. Uitgangspunten voor de ontslagvoorbereiding zijn gelegen in indicaties die wijzen op een succesvolle behandeling. Bedoeld zijn daarmee indicaties die wijzen op een verloop in het ziektebeeld, het positief reageren op medicamenteuze en andere therapieën (vooral de diverse activiteitentherapieën), het functioneren van de patiënt in zijn relatie met medepatiënten, hulpverleners en familie. De belangrijkste grond echter waarop het ontslag gerealiseerd wordt is het feit dat mensen die opgenomen zijn zonder rechterlijke machtiging, dus (juridisch) vrijwillig, ook uit eigen beweging kunnen vertrekken. Ongeveer 75 procent van de

opgenomen patiënten behoort tot deze categorie. Het is een van de vragen van dit onderzoek of mensen die weliswaar juridisch vrijwillig, maar toch ook onder de een of andere vorm van sociale druk worden opgenomen, er in het licht van hun verdere functioneren goed aan doen het APZ te verlaten tegen het advies van anderen in. Een behandelteam zal in het algemeen een dergelijk vertrek slechts dan adviseren, wanneer het een meer dan vage verwachting heeft dat iemand zich met of zonder begeleiding redelijkerwijze gedurende een bepaalde tijd buiten het APZ kan handhaven ofwel dat verder intramuraal verblijf eerder nadelig dan voordelig is en bijvoorbeeld poliklinische voortzetting van de behandeling voor de patiënt beter is. Alle zeven APZ voeren een a-selectief opnamebeleid. Dat wil zeggen slechts om zeer bijzondere redenen kan men een opname weigeren bijvoorbeeld in een acute situatie is er geen plaats, of er is een betere voorziening aanwijsbaar. Daardoor kent de groep patiënten een grote diversiteit zoals: agressieve en apathische, intelligente en zwakbegaafde, meer of minder gemotiveerde, oudere en jongere, vrijwillig en niet-vrijwillig opgenomen, voor het eerst of al eerder opgenomen patiënten. Deze diversiteit in patiënten, vaak de eerste weken bijeen in één opname-setting, vergt van alle hulpverleners een grote inzet. Een dergelijk a-select opnamebeleid heeft ook gevolgen voor het behandel- en ontslagbeleid. Naast de reeds genoemde ontslag-criteria wordt bijvoorbeeld ook gelet op het al dan niet aanwezig zijn van een sociaal (opvang)systeem en van een effectieve begeleiding.

Ten aanzien van deze begeleiding na het ontslag (nazorg) bestaat niet bij alle participerende APZ-en dezelfde strategie. Ze variëren van het aanbieden van de nazorg door het APZ zelf, zonder inschakeling in enigerlei vorm van ambulante instellingen voor de geestelijke gezondheidszorg zoals SPD, CAD c.q. RIAGG's tot een soepel verlopende overname door een ambulante nazorg-instantie van de extramurale psychiatrische zorg.

Beide vormen, hoewel niet op de hier geschetste extreme wijze, komen voor bij de vijf in regionaal verband samenwerkende psychiatrische ziekenhuizen en ook bij de twee andere. De redenen daarvoor zijn meervoudig: slechte ervaringen met nazorginstanties in het verleden, de opkomst van de eigen psychiatrische polikliniek als nazorginstantie, het ontbreken van een gezamenlijk uitgangspunt inzake de behandeling bij intramurale en ambulante zorg, waardoor een noodzakelijke afstemming niet mogelijk is, terwijl ook het bestaan van speciale voorzieningen zoals hostels, pensiontehuizen en allerlei vormen van beschut wonen die vaak verbonden zijn met een APZ, geen noodzaak scheppen tot samenwerking en gedeelde verantwoordelijkheid.

### **3.1.8. Conclusies**

Geconstateerd kan worden dat er in achtergronden en organisatie van de zorg tussen de zeven participerende ziekenhuizen een aantal verschillen bestaan. Deze verschillen

zeggen iets over het karakter en de aard van de ziekenhuizen en maken dat ieder APZ een eigen gezicht heeft.

Toch streven ze in grote lijnen hetzelfde na en hebben daartoe ook nagenoeg dezelfde personele en materiële middelen. Bij alle zeven zijn bovendien pogingen te signaleren tot samenwerking met de regionale ambulante zorg en tot afstemming van hun taken. Inzake hun functioneren zijn ze alle gebonden aan de 'Concept-normen en -voorwaarden' voor erkenning van psychiatrische instellingen. Dat betekent dat zij inzake de behandeling nagenoeg dezelfde 'verstrekkingen' moeten bieden en over dezelfde therapeutische mogelijkheden daarvoor beschikken. Naast het functioneren als behandelingsinstituut moeten zij tevens een socio-therapeutisch milieu bieden. Een overeenkomst van een geheel ander karakter is het feit dat ze zich alle zeven bewust zijn van het negatieve etiket dat een APZ nu eenmaal heeft. Ze accepteren het (hoewel ongaarne), kennen de negatieve uitwerking daarvan op het functioneren van hun ex-patiënten en proberen via gerichte informatie-verstrekking de publieke opinie te beïnvloeden en negatieve stereotypen te bestrijden.

Een voortdurende zorg van alle zeven is het effect van hun intramurale bemoeienis zo positief mogelijk te doen zijn. Een mogelijkheid daartoe wordt door hen gezien in een zo goed mogelijke voorbereiding van de patiënt op zijn ontslagsituatie en waar nodig in een optimale extramurale begeleiding.

Al met al kunnen we constateren dat, hoewel er sprake is tussen de zeven participerende APZ-en van verschillen, deze niet van een dusdanig karakter zijn dat ze van invloed zijn op onze probleemstelling. Zo zijn verschillen in aantal opnemingen en ontslagen niet essentieel, zolang het onderzoek zich richt op patiënten die na in grote lijnen op dezelfde wijze te zijn behandeld, hun oude of nieuwe plaats in de samenleving weer gaan innemen.

Er lijken ons derhalve niet voldoende termen aanwezig om bij de analyse voortdurend met specifieke inrichtingsfactoren rekening te houden.

### **3.2. Kenmerken van de ondervraagde ex-patiënten**

#### **3.2.1. De demografische situatie**

De hiernavolgende weergave van een aantal achtergrondkenmerken omvat in eerste instantie steeds het totale aantal ( $N=517$ ) ondervraagde ex-patiënten van de zeven participerende ziekenhuizen.

In overzicht 3.2 is weergegeven hoe de ondervraagde ex-patiënten verdeeld zijn naar een aantal demografische kenmerken.

Daarbij hebben we ook gebruik gemaakt van een specifiek gegeven dat van de patiënten wordt geregistreerd, namelijk het 'sociale niveau'. Daarbij dient opgemerkt dat dit gegeven vooral indicatief is voor het sociale milieu van waaruit de ex-patiënt wordt opgenomen; het gegeven wordt namelijk afgemeten aan het hoogste niveau van ofwel de ex-patiënt of diens partner.

*Overzicht 3.2 — Enkele demografische kenmerken van de ondervraagde ex-patienten (in %)*

geslacht	vrouw	48	(248)
	man	52	(269)
	totaal	100	(517)
Leeftijd	< 30 jaar	24	(125)
	30-44 jaar	37	(192)
	45-66 jaar	39	(200)
	totaal	100	(517)
opleiding	lager	67	(339)
	middelbaar	23	(115)
	hoger	10	(51)
	totaal	100	(505)
sociaal niveau	lager	77	(352)
	middelbaar	18	(84)
	hoger	5	(20)
	totaal	100	(456)
burgerlijke staat	gehuwd	42	(215)
	ongehuwd	41	(212)
	gehuwd geweest	17	(88)
	totaal	100	(515)
arbeidssituatie	huisvrouw	24	(120)
	inkomen uit arbeid c q studierend	28	(140)
	inkomen uit WW/WAO/AWW	35	(179)
	inkomen uit andere bronnen	13	(66)
	totaal	100	(505)

Uit het overzicht valt ook af te leiden dat een ruime meerderheid geen gezinsstructuur heeft. Dat betekent niet alleen dat in de behandeling ook geen gezinsleden betrokken kunnen worden, maar ook dat er geen gezinsstructuur is om de ex-patiënt na zijn verblijf in het APZ op te vangen. (Een uitzondering daarop vormt de groep ongehuwde jongeren: ongeveer een vijfde deel van hen gaat terug naar het ouderlijk huis).

Meer dan de helft van de ex-patiënten (namelijk huisvrouwen en WW/WAO/-AWW-ers) is niet opgenomen in het arbeidsproces.

Van de groep die afhankelijk is van een uitkering (35 procent) krijgt driekwart een uitkering krachtens de AWW of de WAO. Dit percentage is van belang omdat de categorie psychische stoornis tussen 1968 en 1980 de grootste stijging vertoont in de adviezen die verstrekt worden alvorens iemand op de Wet Arbeidsongeschiktheidsverzekering aanspraak kan maken. Op de tweede plaats blijkt dat personen die door psychische stoornis in de WAO zijn terecht gekomen een geringere kans hebben op terugkeer in het arbeidsproces dan personen met een andere diagnose (de Klerk: 1983).

### **3.2.2. De klinische situatie**

Een aantal achtergrondvariabelen in het onderzoek heeft rechtstreeks betrekking op het psychiatrisch-patiënt zijn van de respondent. Globaal zijn deze variabelen te verdelen in:

- variabelen betreffende de opnameproblematiek
- variabelen betreffende de psychiatrische diagnostiek.

#### *De opnameproblematiek*

De opnameproblematiek is vastgesteld door middel van een (retrospectieve) vraag naar de problemen die men vooral had bij de opname. Ook is gevraagd naar de directe aanleiding voor die problemen. De antwoorden op deze vragen leveren soms hele geschiedenissen, soms zeer bondige aanwijzingen op. Een drietal accenten komt naar voren die verwijzen naar ofwel persoonlijke, individuele problematiek, ofwel naar relatieproblematiek, ofwel naar een combinatie van beide.

De problemen worden door de ex-patiënt vooral bij zichzelf gelocaliseerd (61%). Tot dit accent worden de beschrijvingen gerekend, waarin vooral wordt gewezen op het (weer) optreden van ziekteverschijnselen (depressiviteit, verslaving, geestelijk vastlopen, overwerkt, overspannen-zijn, agressief gedrag, zelfverwaarlozing en suïcide pogingen).

De problemen worden door de ex-patiënt vooral gelocaliseerd in de slechte relatie tussen hem en zijn sociale omgeving (13%).

Hiertoe worden die beschrijvingen gerekend die met nadruk melding maken van het

feit dat de ex-patiënt niet met zijn omgeving kan opschieten (met name met ouders, met partners, met werkcollega's, etc.).

De persoonlijke problemen worden met name toegeschreven aan het feit dat de ex-patiënt zich niet (meer) gesteund voelt door zijn omgeving (2%).

Hiertoe worden de beschrijvingen gerekend die spreken van eenzaamheid, het geen thuis (meer) hebben, het afgeschreven zijn voor werk maar ook uitspraken die verwijzen naar het samenhangen van de opnameproblematiek met zaken als echtscheiding (van ouders), verhuizing.

In een aantal gevallen wordt het probleem door de ex-patiënt bij zichzelf gelocaliseerd maar tevens (hierdoor of als gevolg daarvan) in de slechte relatie met de sociale omgeving (13%).

Een soortgelijke verdeling kan geconstrueerd worden uit de antwoorden op de vraag naar de aanleiding c.q. de uiteindelijke grondoorzaak van de opnameproblematiek. Ook hier wordt een deel (35%) van de aanleiding door de ex-patiënten bij henzelf gelocaliseerd (bijvoorbeeld 'al lang overspannen'). Bij 23 procent wordt de aanleiding gezocht in de relatie-problematiek (bijvoorbeeld huwelijksproblemen) en bij 5 procent in een breuk met of afwijzing door de sociale omgeving (bijvoorbeeld 'omgeving vindt mij irritant').

Brengen we beide variabelen met elkaar in verband, dan blijkt dat een kwart (25%) van alle ex-patiënten zowel het opnameprobleem alsook de aanleiding c.q. de uiteindelijke oorzaak van dat probleem in het eigen functioneren localiseert.

Uit de volgende 'citaten' moge het een en ander wat meer duidelijk worden:

- (33 jarige man, eerste opname) 'ik heb een moeilijk karakter (grondaanleiding), was lastig voor de omgeving doordat ik dronk' (opnameprobleem); diagnose: psychopatiiform toestandsbeeld met hevige agressieve ontladingen na alcohol-abusus;
- (45 jarige man, eerste opname) 'ik worstel al jaren met verschrikkelijke jaloezie-aanvallen (grondaanleiding) en werd zo verschrikkelijk depressief' (opnameprobleem); diagnose: recidiverend depressief toestandsbeeld met jaloeziewanen.

Daarnaast is er een aanzienlijk deel van de ex-patiënten (15%) dat de grondoorzaak c.q. de aanleiding voor het opnameprobleem in de aard van de sociale relatie maar het uiteindelijke opnameprobleem bij zichzelf localiseert:

- (38 jarige man, eerste opname) 'na echtscheiding (grondaanleiding) liep ik vast, mijn gedachten werkten niet meer (opnameprobleem)'; diagnose: neurotische depressie;
- (41 jarige vrouw, tweede opname) 'door de echtscheiding van mijn ouders (grondaanleiding) kon ik geen rust meer krijgen, was steeds in paniek' (opnameprobleem); diagnose: degeneratiepsychose bij neurotische vrouw;
- (53 jarige man, eerste opname) 'men heeft mij arbeidsongeschikt verklaard (grondaanleiding), ik wilde toch persé werken, deed veel te veel en raakte over mijn toeren' (opnameprobleem); diagnose: manische psychose.

Een klein deel tenslotte (4%) ziet zowel de problematiek die leidde tot de opname alsook de uiteindelijke aanleiding tot het ontstaan van het probleem, gelegen in de relatie met de sociale omgeving:

- (17 jarig meisje, eerste opname) 'het gaat om de dood van mijn moeder en mijn hond (grondaanleiding) ik was iets van plan (=suicide) waar andere mensen het niet mee eens waren' (opnameprobleem); diagnose: onverwerkt rouwproces, vergezeld van lichte hysterie;
- (32 jarige man, eerste opname) 'ik leidde een kluzenaarsleven (grondaanleiding) de omgeving vond dat ik me afzonderde en had dar problemen mee, ik niet' (opnameprobleem); diagnose: paranoïde psychose met religieus-extatische waandenkbeelden; degeneratiepsychose.

Men zou uit deze samenhangen een zekere typologie kunnen afleiden ware het niet dat het hier gaat om een open vraag die slechts met de grootste voorzichtigheid te kwantificeren is.

### *De psychiatrische diagnostiek*

Het lijkt voor de hand te liggen de klinische situatie van de ex-patiënten te typeren op grond van de psychiatrische diagnose die bij de opname in het APZ wordt gesteld. Bij het interpreteren van deze diagnose past echter een zekere reserve. Deze diagnoses zijn afkomstig uit de 'International Classification of Diseases'. Het gebruik ervan kent een drietal problemen.

1) Allereerst is deze classificatie gebaseerd op symptomen van psychisch gestoord gedrag. De interpretatie van symptomen is echter niet steeds eenduidig. Per APZ is een zeker eenduidigheid vaak nog wel aanwezig, tussen de diverse APZ-en wordt deze minder met name voor wat betreft de nadere specificaties binnen de diagnoses; kortom er is geen cohorente diagnosetoekenning.

2) Omdat diagnosticeren bovendien plaats vindt op grond van iemands geëxternaliseerde persoonlijkheid, dient zich soms ook het probleem aan, dat een meer specifieke diagnose niet of nauwelijks kan plaatsvinden omdat iemand zich volledig afsluit, in zichzelf gekeerd is. Gribling (1976: 141 e.v.) stelt daarom een tweedeling voor van 'geijkte ziektebeelden uit de klassieke psychiatrie' in vormen van gesloten en vormen van open gedrag. Bij het gesloten gedrag maakt Gribling een nader onderscheid in een 'neurotische, psychotische en psychopatische versie'. Open gedrag typeert hij met 'aan weerskanten ontbreekt de angst voor de ander'. Het uitgangspunt van alle sociale psychiatrie is volgens Gribling dat de mens met welk gedrag dan ook 'doende is zichzelf te realiseren in de ontmoeting met zijn omgeving' (Gribling 1976: 158). Dit uitgangspunt zou voor dit onderzoek uiterst bruikbaar zijn in het licht van de in hoofdstuk 1 beschreven concepten die aan de probleemstelling van dit onderzoek ten grondslag liggen.

3) Naast de beide genoemde interpretatieproblemen dient men zich te realiseren dat de 'Internatioal Classification' juist omdat ze gebaseerd is op de verschijningsvorm van psychisch gestoord gedrag geen etiologische pretenties kan hebben; de stoornis kan daarmee niet naar zijn herkomst worden benoemd<sup>9</sup>.

De diagnose-registratie op de patiënten-kaart (P-kaart) heeft echter ook voordelen. Het belangrijkste voordeel is ongetwijfeld dat de diagnose gekozen wordt door in de psychiatrie geschoolden: het is geen onberedeneerde lukrake vorm van 'labeling'.



Hoe dan ook: onder enig voorbehoud wordt van de geregistreerde diagnose in dit onderzoek gebruik gemaakt; waar drie psychopathologische diagnoses kunnen worden ingevuld, wordt slechts de eerste gebruikt en dan nog niet in zijn allerspecifiekste vormen; waar zowel een 'inboek'- als een 'uitboek'-diagnose op de registratiekaart voorkomt (dus maar liefst zes mogelijke diagnoses) wordt de 'inboek'-diagnose gebruikt: het is ons namelijk gebleken dat ofwel de uitboekdiagnose een verfijning is van de inboekdiagnose, ofwel dat deze eenvoudig niet is ingevuld.

Een globaal inzicht in de klinische situatie met inachtneming van alle genoemde reserves levert het volgende beeld op (overzicht 3.3).

*Overzicht 3.3 — Eerste psychopathologische diagnose bij opname*

1	psychosen 47,4%	1,8%	dementie	0,4
			organisch psychotische aandoeningen	0,8
			psychotische aandoeningen van voorbijgaande aard	0,6
			schizofrenie	16,6
			overige psychosen	11,9
			paranoïde toestanden	4,5
			niet-organische psychosen	13,0
			algemeen	24,0
			persoonlijkheidsstoornis	9,3
			sexuele aberraties	0,2
			misbruik van alcohol/drugs zonder verslaving	0,4
			neurotische stoornis	0,2
			fysiologische functiestoornis	0,2
			specifieke symptomen	0,4
2	neurosen 50,6%	42,3%	acute reactie op stress	0,4
			aanpassingsreactie	2,0
			stoornis t g v hersenbeschadiging	0,8
			depressieve stoornis	2,6
			niet geclassificeerde gedragsstoornis	0,8
			stoornis specifiek voor adolescenten	0,2
			verslaving	8,1
3	psychische retardatie 2%	8,3%	alcoholverslaving	0,2
			drugsverslaving	0,2

Bij verdere analyse blijkt (zoals verwacht) een relatie te bestaan tussen de diagnose en het opnameprobleem enerzijds en tussen de diagnose en de aanleiding tot dat probleem anderzijds. Zo blijken mensen die problemen signaleren bij zichzelf gecombineerd met een slechte relatie met de omgeving, als neurotisch te worden gediagnosticeerd, terwijl zij die geen problemen signaleren, als lijdend aan een psychotische stoornis worden gediagnosticeerd.

Gaan we na hoeveel van de ex-patiënten reeds eerder (dan vóór dit sociologisch onderzoek) in een APZ opgenomen waren, dan blijkt dat voor 53 procent (=271) het geval te zijn. Volgens Rosenblatt en Mayer (1974) een belangrijk gegeven voor het verdere carrièreverloop van de ex-psychiatrische patiënt.

### **3.2.3. Bivariate verbanden tussen de kenmerken**

We zijn nagegaan in hoeverre de beschreven kenmerken van de ex-patiënten met elkaar samenhangen (bijlage 3.1).

In een aantal gevallen blijkt dit inderdaad zo te zijn.

- Onder de ex-patiënten zijn de mannen veelal ongehuwd terwijl de vrouwen gehuwd of gehuwd geweest zijn.
- Als we de leeftijdsverdeling bekijken blijkt dat de gehuwden relatief meer in de leeftijdscategorie te vinden zijn tussen de 30 en 45 jaar, terwijl de ongehuwden jonger dan 30 jaar zijn en zij die niet meer gehuwd zijn ouder dan 45 jaar.
- Ex-patiënten met een lagere opleiding en ex-patiënten tussen 30 en 45 jaar oud, zijn relatief vaker gehuwd; middelbare en hoger opgeleide ex-patiënten, zijn relatief vaker niet (meer) gehuwd.
- Van de mannen heeft het tweederde een uitkering van de WAO, WW of AWW; dat geldt ook voor de ex-patiënten die 45 jaar en ouder zijn.
- Deze leeftijdscategorie heeft evenals de huisvrouwen ook vaak alleen maar een lagere opleiding gehad, terwijl de jongeren onder de 30 jaar vaak een middelbare of hogere opleiding hebben gehad.
- Zij die een middelbare of hogere opleiding hebben gehad zijn ook veel minder afhankelijk van een uitkering; zij hebben veelal een inkomen uit arbeid.

Bestuderen we het verband tussen de klinische situatie van de ex-patiënten en dezelfde kenmerken dan blijkt:

- dat juist de reeds eerder opgenomen ex-patiënten afhankelijk zijn van pensioen, WW, AWW of WAO, terwijl zij die voor het eerst opgenomen worden een inkomen hebben doordat ze een baan hebben;
- dat slechts 17 procent van de verslaafden vrouwen zijn: opmerkelijk veel verslaafden vinden we in de categorie van gescheiden en verweduwd ex-patiënten;
- dat psychose als diagnose relatief veel voorkomt bij ongehuwden; neurose relatief veel bij vrouwen;

- dat psychose relatief veel voorkomt bij ex-patiënten met een middelbaar sociaal niveau evenals bij de WAO-ers, terwijl neurose vooral bij lagere sociale niveaus voorkomt en bij ex-patiënten die bij hun opname actief participeerden in het arbeidsproces.

Op grond van het bovenstaande dringen zich een drietal portretten aan ons op bestaande uit de volgende kenmerken (overzicht 3.4).

### *Overzicht 3.4 — Drie portretten*

	I	II	III
burgerlijke staat	ongetrouwd	getrouwd	getrouwd geweest
leeftijd	jonger dan 30 jaar	30-44 jaar	45-66 jaar
inkomstenbron:	inkomen uit arbeid	huishoud	WW/WAO/AWW
opleiding	middelbare of hogere opleiding	lagere opleiding	lagere opleiding
geslacht	mannen	vrouwen	mannen/vrouwen
diagnose	verslaving/psychose	neurose	verslaving
eerdere opname	reeds eerder opgenomen	voor het eerst opgenomen	reeds eerder opgenomen

De eerste drie kenmerken zijn exclusief dat wil zeggen hebben bij ieder portret een specifieke waarde. Vandaar dat we kunnen spreken van:

- I een categorie ongetrouwde jongeren (onder de 30 jaar) met een inkomen uit arbeid,
- II een categorie getrouwde huishouders tussen de 30 en 45 jaar,
- III een categorie ex-patiënten boven de 45 die afhankelijk is van pensioen, WW of de WAO/AWW en getrouwd is geweest.

### **3.2.4. Conclusies**

De demografische situatie van de ondervraagde ex-patiënten maakt duidelijk dat er ongeveer evenveel mannen als vrouwen zijn ondervraagd, voor driekwart met een lagere opleiding en voor 60% nog geen 45 jaar oud.

Meer dan de helft is niet (meer) getrouwd en meer dan 60% (waarvan bijna de helft huishoud) heeft geen deel aan het arbeidsproces. Meer dan eenderde krijgt een inkomen via de WAO, WW of AWW.

Wat betreft de klinische gegevens blijken de ondervraagde ex-patiënten met betrekking tot de reden van de opname zeer sterk te denken in termen die wijzen op het eigen gebrekkig functioneren zoals dat in gestoord gedrag tot uitdrukking komt (61%) zonder dat ze zichzelf daarmee ook voor dat gedrag verantwoordelijk achten.

Integendeel de grondoorzaak voor de problematiek wordt in beduidend geringere mate (35%) door de ex-patiënt bij zichzelf gelocaliseerd.

Volgens de 'International Classification of Diseases' is ongeveer de helft van de ex-patiënten opgenomen met de diagnose psychose, bijna 20 procent met de diagnose verslaving (met name alcoholverslaving) en ongeveer 40 procent met de diagnose neurose.

Meer dan de helft had al een eerdere opname achter de rug.

Uit de samenhang tussen de diverse kenmerken blijkt dat neurose relatief vaker voorkomt bij huisvrouwen tussen de 30 en 44 jaar, terwijl verslaving en psychose een typische diagnose is voor mannen.

Verder blijkt dat met name de jongere mannen een hogere opleiding hebben gehad dan de oudere ex-patiënten en dat zij relatief vaak ongehuwd zijn.

Voor de beschrijving van de hierna volgende onderzoeksresultaten zullen we op grond van het voorafgaande steeds gebruik maken van:

- de demografische kenmerken geslacht, burgerlijke staat, opleiding, inkomensbron en leeftijd;
- de klinische kenmerken diagnose, eerdere opname in een APZ en behandelduur.

### **3.3. Kenmerken van de ondervraagde hulpverleners**

#### **3.3.1. Algemene karakteristiek**

De achtergrondkenmerken betreffende de ondervraagde hulpverleners van de ex-patiënten kunnen niet op dezelfde wijze worden weergegeven als van de ondervraagde ex-patiënten. Het gaat hier immers om een respondentencategorie die in principe per gegevensverzameling wisselt van samenstelling. Bij de eerste gegevensverzameling (ontslag van de patiënt) zijn alle ondervraagde hulpverleners werkzaam in het betreffende APZ; bij de tweede en derde gegevensverzameling is het merendeel dat niet zoals blijkt uit overzicht 3.5.

Uit dit overzicht blijkt dat bijna de helft van de nazorg zelfs na een half jaar nog in handen is van iemand uit het APZ; van de andere helft ondervraagde ex-patiënten wordt blijkbaar een belangrijk deel van de nazorg door AGGZ-instanties verricht. De taken van de hulpverleners die bij het ontslag werden geïnterviewd en die van de nazorg-hulpverleners zijn mogelijk niet 'de facto' maar wel formeel te onderscheiden. Op grond van de onderzoeksvoorbereidingen en de veldwerkervaringen kan men ervan uitgaan dat de bij het ontslag van de ex-patiënten ondervraagde hulpverleners genoemd zijn door de ex-patiënt, omdat ze in de laatste fase van het verblijf van de ex-patiënt nauw bij de intra-murale behandeling waren betrokken c.q. het ontslag (mee) hebben voorbereid.

De nazorg-hulpverleners hebben een geheel andere taak. Naast de begeleiding van de

**Overzicht 3.5 — Interviews met hulpverleners, aantal hulpverleners (in absolute getallen) en instanties waarbij geïnterviewde hulpverleners\* werkzaam zijn (in %)**

	eerste gegevens- verzameling	tweede gegevens- verzameling	derde gegevens- verzameling
aantal interviews	515	313	212
aantal hulpverleners	224	311	203
APZ	100	56	46
AGGZ c.q. SPD, CAO	--	37	37
anders	-	7	17
totaal	100 (n=224)	100 (n=311)	100 (n=203)

\* Het aantal ondervraagde hulpverleners bij de eerste gegevensverzameling bedraagt 224; dat betekent dat iedere hulpverlener gemiddeld bij meer dan twee ex-patiënten informant was op het ontslagmoment. In de tweede en derde gegevensverzameling komt nauwelijks voor. In de tekst zal verder steeds gesproken worden over 515 hulpverleners; daarmee zijn dan de interviews met hulpverleners bedoeld.

ex-patiënt kan verwacht worden dat zij proberen zoveel mogelijk ook preventieve activiteiten te ontwikkelen om heropname te voorkomen.

Zowel op grond van de spreiding van de hulpverleners na het ontslag over meer instanties dan alleen het APZ, alsook op grond van formeel inhoudelijke verschillen, lijkt het juist beide categorieën afzonderlijk te beschrijven.

### 3.3.2. De hulpverleners ondervraagd bij ontslag van de ex-patiënten

Van de 224 intramurale hulpverleners komt 25 procent (n=56) uit Raalte en 3 procent (n=7) uit Deventer.

Wat betreft de functieverdeling blijken er verschillen te bestaan tussen de zeven APZ-en (overzicht 3.6).

Van de ondervraagde hulpverleners blijkt 53 procent hoofdverpleegkundige te zijn. In bijna alle APZ-en blijkt ongeveer de helft van de informatie over de ex-patiënten van deze categorie afkomstig, behalve in Deventer waar bijna de helft van de ondervraagde hulpverleners (namelijk 3 van de 7) (afdelings)arts is. Vanzelfsprekend bestaat er een verband tussen functie en opleiding. In het totaal heeft 20 procent van de ondervraagde hulpverleners een universitaire opleiding (met name geneeskunde (al dan niet met specialisatie psychiatrie) en psychologie). Wat betreft de duur van het werkverband blijkt over de zeven APZ-en

- dat 20 procent korter dan 1 jaar,

*Overzicht 3.6 — Functie van de ondervraagde hulpverleners (n=224) bij het ontslag per APZ (in %)*

Functie	Raalte	Wolfheze	Warnsveld	Deventer	Ermelo	Venray	Boekel	Totaal
psychiater	7	23	13	14	5	3	6	9 (20)
psycholoog	11	14	3	0	10	3	9	8 (18)
(hoofd)verpleegkundige	55	41	58	29	54	57	53	53 (119)
(afdelings)arts	0	4	16	43	5	0	9	7 (15)
therapeut/andragoog	7	0	3	14	0	3	6	4 (9)
maatschappelijk werk(st)er	9	18	0	0	11	13	6	9 (19)
anders	11	0	7	0	15	21	11	10 (24)
<b>totaal</b>	<b>100 (56)</b>	<b>100 (22)</b>	<b>100 (38)</b>	<b>100 (7)</b>	<b>100 (39)</b>	<b>100 (30)</b>	<b>100 (32)</b>	<b>100 (224)</b>

- 40 procent tussen 1 en 5 jaar,
- en 40 procent langer dan 5 jaar (18% langer dan 10 jaar) in het APZ werkt.

Van de ondervraagde hulpverleners zegt 94 procent lid te zijn van een behandelteam wat niet betekent dat ze ook steeds bij de beantwoording van de vragen rekening houden hebben met de mening van het team: bij 26 procent van de hulpverleners was dat niet het geval.

### 3.3.3. De hulpverleners uit de ‘nazorg’

Bij de tweede en derde gegevensverzameling is een belangrijk deel van de hulpverleners die informatie verschaften over de situatie van de ex-patiënt en de ‘nazorg’ van deze ex-patiënten behartigen, werkzaam in de extramurale ambulante geestelijke gezondheidszorg (AGGZ). Ongeveer de helft van deze nazorghulpverleners is dan nog steeds verbonden aan een APZ (overzicht 3.7).

*Overzicht 3.7 — Interviews met nazorghulpverleners naar instantie en per gegevensverzameling*

	Na 3/4 maand	Na 6/8 maand
nazorg vanuit APZ	56	46
nazorg vanuit AGGZ	37	37
anders zoals dagbehandeling en PAAZ	7	17
<b>totaal</b>	<b>100 (313)</b>	<b>100 (212)</b>

Afhankelijk van de ideeën die in de diverse APZ-en leven ten aanzien van de aard en vorm van de nazorg, afhankelijk ook van de samenwerking tussen APZ en AGGZ, treden hier verschillen per APZ op (overzicht 3.8).

Zo verzorgt Deventer voor 85 procent en Wolkfheze voor 70 procent zelf de nazorg van hun ex-patiënten in de eerste 3/4 maanden en met 63 procent en 65 procent na 6/8 maanden blijft dit patroon in stand. Voor de ex-patiënten van Venray verzorgt vooral de AGGZ de nazorg (52%).

De functies van de nazorghulpverleners en de daarmee samenhangende opleiding weerspiegelen de verschuiving van intramurale behandeling naar extramurale nazorg met betrekking tot de ondervraagde hulpverleners. Als de nazorg na 3/4 maanden gegeven wordt door de APZ-en zelf, zoals in Wolkfheze en Deventer wordt deze vooral gegeven door psychiaters (bij de ex-patiënten van Wolkfheze 38 procent tegen 7 procent in Boekel) of vooral door verpleegkundigen (in Boekel 43 procent).

*Overzicht 3.8 — Ondervraagde nazorg-hulpverleners naar instantie per APZ 3/4 maanden na het ontslag van de ex-patiënten (in %)*

	Raalte	Wolfheze	Warnsveld	Deventer	Ermelo	Venray	Boekel	Totaal
APZ	60	70	53	85	44	37	57	56 (159)
AGGZ	38	23	37	15	44	52	30	37 (104)
anders	2	7	10	0	12	11	13	7 (12)
totaal	100 (n=82)	100 (n=30)	100 (n=70)	100 (n=13)	100 (n=36)	100 (n=27)	100 (n=27)	100 (n=285)



Eén opmerking dient hier nog te worden gemaakt: de cijfers geven alleen een beeld van de geïnterviewde nazorghulpverleners, niet van de feitelijke nazorg in zijn totaliteit. Vaak bleek de nazorg door meer personen verzorgd te worden; combinaties als bijvoorbeeld maatschappelijk werk en huisarts komen frequent voor<sup>5</sup>.

### 3.3.4. Conclusies

De belangrijkste conclusie ten aanzien van de hulpverlenerscategorie als respondentengroep dient te zijn dat deze verdeeld moet worden in minimaal twee zo niet in drie subcategorieën. In twee op grond van hun verschillende informatiepositie (intramurale begeleiding en extramurale begeleiding); in drie op grond van de drie dataverzamelmomenten waarbij slechts van toeval kan worden gesproken wanneer de door de ex-patiënt aangewezen informant op alle drie de meetmomenten dezelfde hulpverlener zou zijn. Verder blijkt dat bij de eerste gegevensverzameling een onderscheid dient te worden gemaakt tussen het aantal interviews over ex-patiënten met hulpverleners (n=515) en het aantal hulpverleners dat is geïnterviewd (n=224). In veel mindere mate geldt dit ook voor de hulpverleners die in de tweede en derde gegevensverzameling zijn geïnterviewd.

hulpverleners; in het verslag zullen zij steeds gezien worden als informanten van (mogelijk meerdere) ex-patiënten, dat wil zeggen hun informatie is analyse-eenheid, niet zichzelf als persoon.

Wat betreft de hulpverleners ondervraagd bij het ontslag van de ex-patiënt is (naast het feit dat ze allen in een intramurale setting werken) te constateren dat de (hoofd)verpleegkundigen door de ontslagpatiënt vaak als de belangrijkste informant wordt gezien (53%) en in veel geringere mate de andere disciplines (psychiater en maatschappelijk werk(st)er komen op de tweede plaats met ieder 9%). Niet in ieder APZ treffen we deze verhouding aan: 41 procent van de ontslagpatiënten van Wolfheze noemt een (hoofd)verpleegkundige en 23 procent een psychiater.

Bijna alle ondervraagde hulpverleners werken langer dan 1 jaar bij het APZ (18 procent zelfs langer dan 10 jaar) en zijn bijna allen lid van een behandelteam (93%). Van de hulpverleners van de tweede en derde gegevensverzameling blijkt nog steeds de helft van hen werkzaam bij een APZ blijkbaar verricht het APZ ook een belangrijk nazorgfunctie en deelt die met de AGGZ. Op de bijdrage die de APZ-en leveren aan de nazorg wordt in een later stadium nog uitgebreid ingegaan.

Tenslotte is er geen reden te veronderstellen dat de verschillen in functies, respectievelijk in instantie waarbij de hulpverleners werken, het nodig maken nadere specificaties in de steekproef van de hulpverleners aan te brengen ten behoeve van de analyse.

### 3.4. Samenvatting

Alle psychiatrische ziekenhuizen in Nederland dienen te functioneren volgens een pakket normen en erkenningsvoorwaarden door het departement van volksgezondheid en milieuhygiëne (thans Welzijn, Volksgezondheid en Cultuur) vastgesteld. In het allereerste artikel van de desbetreffende nota, wordt bepaald dat APZ-en 'hulp bieden aan mensen met psychische en daaraan verwante psycho-sociale stoornissen' als eerste doel en tevens 'het bieden van een leefklimaat gericht op herstel van gezondheid en welzijn'. Het APZ is derhalve gelijktijdig een behandelinstituut en een socio-therapeutisch milieu.

Ze richten zich daarbij op mensen met psychische moeilijkheden en stoornissen die niet zonder een 24-uurs opname en -behandeling kunnen worden geholpen. Zij bedienen zich daarbij van de psychiatrische observatie, de poliklinische, de klinische en de dagbehandelingsfunctie. Daarin verschillen de zeven participerende ziekenhuizen niet van elkaar. Wel zijn er verschillen in omvang van personeelsbezetting, kosten, bestaansduur etc. hetgeen gevolgen heeft voor de behandeling van de patiënten en voor de samenstelling van de patiëntencategorie als geheel.

Zo kennen jongere APZ-en een minder snelle 'dichtslibbing' met chronische patiënten dan oudere. Dit hangt samen met de tendens eerder te kiezen voor meermalen een kort verblijf dan een eenmalig lang verblijf in een APZ. Behoud van sociale relaties en de eigen positie in de 'normale' samenleving is daarbij het argument. Een groot aantal langverblijvende patiënten in een APZ kan ook worden veroorzaakt doordat andere voorzieningen in de nabijheid van het APZ de patiënten opnemen die met een kortere behandeling geholpen kunnen worden,

Inzake de uitgangspunten voor behandelingsprogramma's, opname- en ontslagbeleid verschillen de zeven participerende ziekenhuizen nauwelijks. Niet alleen omdat zij gebonden zijn te voldoen aan de normen en richtlijnen van het departement, maar ook omdat zij nagenoeg dezelfde uitgangspunten hanteren om hun behandelingsintenties gestalte te geven.

Het gaat steeds om een poging de mens tot optimale ontplooiing te laten komen waarbij sociale relaties onmisbaar worden geacht maar ook grote aandacht aan goed wonen en zinvolle tijdsbesteding wordt geschonken. Dit vereist een multidisciplinaire aanpak en het werken in teamverband.

Het ontslag van een patiënt voorbereiden kent dan ook steeds twee elementen: het voorbereiden van de patiënt op zijn functioneren buiten het APZ en het voorbereiden van de samenleving buiten het APZ op hun functioneren in relatie tot de ex-patiënt. De begeleiding van dit tweeledige functioneren kan zowel door het APZ zelf alsook door de ambulante instellingen voor de GGZ buiten het APZ worden verzorgd.

Op grond van het gemeenschappelijke van de participerende APZ-en en het niet aantoonbaar aanwezig zijn van essentiële verschillen in opname-, behandeling- en ontslagbeleid alsook in de middelen die voor de realisering van dat beleid voorhanden zijn, lijken er op het eerste gezicht geen argumenten om bij de analyse steeds rekening te moeten houden met de verschillende APZ-en.

De beschrijving van een aantal kenmerken van de ondervraagde ex-patiënten leidt tot de conclusie dat we voor het merendeel te maken hebben met ex-patiënten die voor driekwart een hogere opleiding hebben, voor het merendeel niet (meer) gehuwd en nog geen 45 jaar oud.

Bijna tweederde participeert niet meer aan het reguliere arbeidsproces. De helft is opgenomen met de diagnose psychose.

Meer dan 50 procent van de ontslagpatiënten localiseert de aard van de problemen die tot de opname leidt in het eigen (gebrekkige) functioneren.

De (intramurale) hulpverleners die bij het ontslag van de ex-patiënt met diens toestemming werden ondervraagd, leveren met 224 personen 515 interviews.

Van deze 224 personen zijn meer dan de helft (hoofd-)verpleegkundigen. Het aandeel van de psychiaters varieert onder de genoemde hulpverleners per APZ van 3 procent tot 23 procent.

De hulpverleners die na het ontslag de nazorg op zich hebben genomen en 3 à 4 en 6 à 8 maanden na het ontslag van de ex-patiënt worden geïnterviewd, blijken voor ongeveer de helft werkzaam te zijn in een APZ. Het aandeel daarin van de AGGZ varieert (bij de tweede gegevensverzameling) per APZ van 15 procent tot 52 procent. Bij de verdere analyse van de resultaten zullen de hulpverleners worden gezien als informanten dat wil zeggen hun gegevens zullen steeds worden bestudeerd in samenhang met de gegevens van de ex-patiënten. De ondervraagde hulpverleners worden derhalve niet meer als aparte respondentencategorie besproken c.q. geanalyseerd. Gesteld kan worden dat de bestudeerde kenmerken van de ondervraagde hulpverleners aanleiding geven met recht te veronderstellen (op grond bijvoorbeeld van hun opleiding en langdurig werkverband) dat zij inderdaad als deskundig dienen te worden beschouwd ten aanzien van de psychiatrische praktijk en ten aanzien van de hun toevertrouwde ex-patiënten.

Een nader specificatie in de steekproef van de hulpverleners ten behoeve van de analyse is op basis van hun informatie rol waarbij geen beroep wordt gedaan op specifieke deskundigheden behalve dat het gaat om 'hun' ex-patiënten (dat wil zeggen dat zij volgens de ex-patiënten het beste op de hoogte waren van hun situatie), niet noodzakelijk.



### **Algemene inleiding**

Het tweede deel van dit onderzoeksverslag bevat een beschrijving van een aantal momenten uit de loopbaan van de ex-psychiatrische patiënt. Zoals in het eerste deel en met name in hoofdstuk 3 gesteld: de loopbaan zelf is ingebed in een culturele context en daardoor bij uitstek een fenomeen geschikt voor een sociologische benadering.

De verdienste van de sociologie is dat zij naast de aandacht die reeds bestond voor het sociale gedrag in relatie tot de psychiatrische diagnose, ook de aandacht heeft gevestigd op de invloed van de diverse reactiewijzen van de omgeving op dit gedrag. Daarmee hangt samen de perceptie die bij de samenleving bestaat ten aanzien van het gebruik en de werking van dienstverlenende instanties bestemd voor het verlenen van psychiatrische zorg of ter voorkoming van psychische stoornis en psychisch gestoord gedrag.

Hoe belangrijk daarbij de samenleving en haar eigentijdse cultuur is, schildert ons Zijderveld in zijn bijdrage aan de conferentie 'Ik zei de gek' (Zijderveld, 1981). Een van zijn stellingen is (na wat hij noemt sociologische archeologie te hebben bedreven) dat men tot de Verlichting het verschijnsel van de gek als psychiatrisch patiënt niet kent. Men kende de zothed of zo men wil de gekte, waaraan ieder op zijn tijd deelnam. Mensen die wij nu psychotisch en SGA-patiënt noemen werden gezien als een specifiek onderdeel van dit wijdverbreide voor ieder geldende fenomeen van het narrendom, het waren volgens Zijderveld 'narren die uit de bocht waren gevlogen en bij wie de remmen waren doorgeslagen' (Zijderveld 1981: 147). Men volgens Zijderveld 'narren die uit de boHoewel ze het niet goed hadden hoorden ze bij de samenleving. Goffman, met zijn sociale carrière van de psychiatrische patiënt, kon deze term pas uitvinden op het moment dat de samenleving de zothed niet meer tot haar kenmerken rekende en de specifieke narren als een niet meer sociaal te plaatsen categorie uitstootte. De werkhethos van deze samenleving staat immers haaks op het immoralisme van de nar. Pas toen konden ook de onderdelen van deze carrière door hem worden gespecificeerd naar de rol die het psychiatrisch ziekenhuis als behandelplaats, maar voor de samenleving toch vooral als opbergplaats, daarin speelde. Pas toen ook kreeg men aandacht voor de nieuwe 'geschonden' identiteit die de patiënt door de opname en de behandeling kreeg.

De identiteit van de traditionele nar is verankerd in de zotheid als algemeen maatschappelijk en cultureel verschijnsel, het lot van de huidige psychiatrische patiënt is dat zijn identiteit bepaald wordt door een relatief kleine sector van de verzorgingsmaatschappij en bijgevolg geen algemeen maatschappelijk en cultureel karakter heeft (Zijderveld 1981: 150). Narren waren een soort mensen, geen individuen, nu zijn het individuen belast met de eis van de moderne samenleving diverse rollen gelijktijdig te spelen en diverse identiteiten te verwerkelijken.

Opname en opsluiting als aparte groep was toen niet noodzakelijk; hoewel de Middeleeuwer niet goed raad wist met doorgeslagen narren, plaatste hij hen niet buiten de groep. Om hen tegen zichzelf en hun naaste omgeving te beschermen, sloot hij hen als ze violent werden, in houten kisten op – een soort dwangbuizen. Een dergelijke kist werd indien mogelijk ergens in huis neergezet (Zijderveld 1981: 148), later uit praktische overwegingen bij elkaar in één huis.

De huidige opname isoleert deze mensen binnen de samenleving van hun naaste omgeving en verwijst ze naar een speciale plek om daar te blijven of met een aangepaste identiteit in hun naaste omgeving terug te komen. Dit alles betekent dat naast de onmiskenbare claim die de samenleving en haar cultuur leggen op de sociale carrière van de psychiatrische patiënt, er ook sprake is van een groeiproces dat de psychiatrische patiënt op zijn eentje doormaakt. Voor dit groeiproces gebruikt Goffman de term 'moral career' (Goffman, 1959); deze kan vaak al geruime tijd vóór de opname in een APZ beginnen.

In dit deel zullen we proberen vanuit de empirische gegevens enig inzicht te geven in de morele maar vooral ook in de sociale carrière van de ex-psychiatrische patiënt. Voor wat betreft de morele carrière zullen met name de gevoelens van de ex-patiënt(e) als indicator gelden alsook de mening daarover van de hulpverleners; voor de sociale carrière zullen het gegevens zijn die het sociale karakter van opnames, behandeling en ontslag benadrukken. Gezien hun verwevenheid zullen beide gezichtspunten niet afzonderlijk maar slechts in samenhang met elkaar kunnen worden besproken. Uit de aard van de probleemstelling vloeit verder voort dat de sociale carrière de meeste aandacht zal krijgen en meer speciaal de invloed van de (naaste) sociale omgeving<sup>2</sup> daarop.

In de achtereenvolgende hoofdstukken zal aandacht worden besteed aan:

- de pré-fase en dan met name de eerdere hulpverleningservaring van de ex-patiënt en de opname in het APZ als passage van de pré-patiëntfase naar de in-patiëntfase (hfdst. 4);
- de patiënt-fase en dan met name de behandeling en ontslagvoorbereiding alsmede het ontslag uit het APZ als passage van de 'patiënt-fase' naar de 'ex-patiënt-fase' (hfdst. 5);
- de ex-patiënt-fase met als belangrijkste onderdelen de verwachte en ervaren problemen alsmede mogelijke oplossingen (hfdst. 6) en de nazorg (hfdst. 7);
- een apart hoofdstuk wordt gewijd aan de heropname en mogelijke predictoren daarvan (hfdst. 8).

### *Inleiding*

Voordat iemand wordt opgenomen in een algemeen psychiatrische ziekenhuis is er in sterke mate sprake van een ernstige conflictsituatie. Deze kan zowel de interne persoonlijke gesteldheid betreffen alsook het samengaan van allerlei factoren die in de leefomstandigheden tot uitdrukking komen en waartegen iemand niet meer is opgewassen. Conflicten in de directe sociale omgeving c.q. in het geheel van de sociale relaties zijn daarom bijna steeds in de voorgeschiedenis van de patiënt aanwijsbaar.

Opname vindt in het algemeen alleen plaats als alle andere pogingen om uit de problemen te raken c.q. de situatie draaglijker te maken, gefaald hebben, inclusief de inschakeling van huisarts, geestelijkheid, maatschappelijk werk en vertrouwenspersonen. Soms worden door hun invloed problemen opgelost, soms alleen de symptomen gereduceerd om later in verhevigde mate terug te komen, waarna een opname ook vaak door de persoon zelf als laatste redmiddel wordt gezien.

Waarom sommige mensen wel en andere niet worden opgenomen hangt van een veelheid van factoren af waarvan persoonlijke constitutie, aard van de persoonlijke problematiek en sociaal-structurele kenmerken als status en opleiding niet de minst invloedrijke zijn.

De ex-patiënten van dit onderzoek waren allen gedurende een zekere tijd opgenomen; een vergelijking met personen die niet vanwege eenzelfde soort problematiek werden opgenomen kunnen we derhalve niet maken.

Wel kunnen we een vergelijking maken tussen ex-patiënten die gezien eerdere opnames, bij voortdurend met ernstige problemen te maken hebben gehad en anderen die op grond van problemen nu voor de eerste keer werden opgenomen in een APZ. Zoals uit de overzichtsstudie van Rosenblatt en Mayer (1974) bleek, een niet te verwaarlozen onderscheid.

In dit hoofdstuk zullen we achtereenvolgens aandacht besteden aan:

- de eerdere hulpverleningservaring van de ondervraagde ex-patiënten (par. 4.2);
- de opname als passage naar de intramurale behandeling (par. 4.3);
- de vrijwilligheid van de opname (par. 4.4).

#### 4.1. De eerdere hulpverleningservaring

Met betrekking tot de voorgeschiedenis van de ondervraagde ex-patiënten willen we de aandacht vestigen op de hulpverleningservaringen die de ex-patiënten hebben gehad voordat ze werden opgenomen. Deze ervaringen kunnen zowel een eerdere opname in een APZ inhouden alsook andere contacten met de geestelijke gezondheidszorg. De eerdere opnames zijn van belang, omdat volgens vroegere studies met name voor ex-patiënten die al eerder in een APZ verbleven de kans op een heropname groter is. De andere hulpverleningscontacten worden gevormd door zowel contacten met ambulante (extramurale) voorzieningen zoals bijvoorbeeld de SPD, maar ook met semimurale voorzieningen (bijvoorbeeld dagbehandeling), en met andere intramurale voorzieningen dan het APZ (PAAZ, PUK). Deze eerdere contacten zijn van belang omdat daaruit een eerdere hulpvraag blijkt: dat wil zeggen zo iemand heeft de drempel naar de GGZ reeds een keer genomen.

Welnu, uit de onderzoeksgegevens blijkt dat meer dan de helft (53%) van de ondervraagde ex-patiënten zegt al eens eerder in een APZ te zijn opgenomen: een deel daarvan zelfs meer dan een keer. Het betreft 305 eerdere opnames van 273 patiënten. Eerdere opnames hebben nagenoeg steeds (70%) plaatsgevonden in hetzelfde APZ, namelijk dat APZ van waaruit men eerder werd ontslagen (211 van de 273 reeds eerder opgenomen patiënten vallen daaronder)<sup>3</sup>.

Verder blijkt dat 65 procent voor de laatste opname reeds eerder contact heeft gehad met hulpverleners buiten het APZ (en daarover was slechts de helft tevreden). De helft van deze ex-patiënten was naar eigen zeggen reeds eerder in een APZ. Zowel bij eerder opgenomen patiënten als bij de andere categorie speelt de PAAZ een belangrijke rol. Dit en andere contacten worden verder gespecificeerd in het volgende overzicht (4.1).

##### *Overzicht 4.1 — Eerdere hulpverleningscontacten (excl. APZ) van de ondervraagde ex-patiënten (in %)*

PAAZ	48	(157)
CAD	2	(6)
SPD, LGV, MOB	14	(46)
vrijgevestigde psychiater c.q. psycholoog	17	(56)
algemeen maatschappelijk werk	7	(23)
polikliniek APZ	6	(20)
overige GG & GD, IMP	6	(20)
<b>totaal</b>	<b>100</b>	<b>(328)</b>



Per APZ blijken deze contacten sterk te variëren. De (regionale) aanwezigheid c.q. nabijheid van een eigen polikliniek c.q. een of meerdere PAAZ-en, houdt daarmee nauw verband. Zo is uit de onderzoeksgegevens af te leiden dat vier van de zeven APZ-en 'omringd zijn' door PAAZ-en namelijk Raalte, Warnsveld, Venray en Wolfheze.

Wat betreft de tijd die verstreken is tussen deze eerdere hulpverlening en de laatste opname, blijkt uit de gegevens dat dit eerdere contact bij 45 procent van deze ex-patiënten al langer dan 2 jaar geleden was. Voor 36 procent was het vrij recent: het vond minder dan één jaar voor de laatste opname plaats.

De meest recente hulpverlening hebben die ex-patiënten gehad die vanuit een andere intramurale of semi-murale voorziening worden opgenomen. Dat was bij 23% van de ex-patiënten het geval.

Tenslotte is het niet verwonderlijk dat waar meer dan de helft van ex-patiënten reeds eerder was opgenomen, 50 procent van alle ex-patiënten en daarvan significant meer de eerder opgenomenen, zegt eerder met nazorginstanties contact te hebben gehad. Kortom: het merendeel van de ondervraagde ex-patiënten heeft reeds eerder op de een of andere manier professionele hulp gekregen bij een geformuleerde problematiek, hetgeen een indicatie is hoe ingrijpend het proces is dat aan een APZ-opname voorafgaat en tevens hoe het APZ blijkaar als een soort eindstation fungeert van een hulpverleningssysteem.

#### **4.2. De opname**

Opgenomen worden in een APZ is niet zo eenvoudig als het lijkt. Niet alleen gaat er een persoonlijk groeiproces aan vooraf, bij een opname zijn ook nogal wat personen c.q. instanties betrokken. Om daarop enig zicht te krijgen dienen we rekening te houden met een reeks vragen zoals onder meer: uit welke situatie wordt men opgenomen en hoe reageren personen uit de sociale omgeving daarop. Deze en andere vragen zullen in deze paragraaf worden beantwoord.

Hoe komt de opname nu tot stand? Over het algemeen kan men stellen dat de meeste opnames plaatsvinden na verwijzing door of op aanvraag van iemand anders<sup>4</sup>. Dit heeft te maken met de echelonnering van de gezondheidszorg. De rol van de huisarts hierbij is zeer belangrijk, hetgeen uit het overzicht 4.2 moge blijken.

Opmerkelijk is de zeer beperkte rol die de SPD's (toen RIAGG's in opkomst) bij de rechtstreekse verwijzing spelen en de niet door een psychiater geïndiceerde opname. Wordt iemand door een persoon of instantie verwezen, dan kan deze toch nog worden opgenomen uit een andere voorziening; dit was bij 23% van de respondenten het geval. Bijna de helft daarvan werd vanuit de psychiatrische afdeling van een algemeen ziekenhuis (PAAZ) opgenomen (met name bij de ex-patiënten van Raalte is dat het geval). De andere helft komt onder meer uit een ander APZ of uit de dagbehandeling. Hier is dus sprake van een zekere vorm van overplaatsing.

#### Overzicht 4.2 — Aanvragers voor de opname<sup>s</sup> (in %)

- huisarts	44 (222)
- vrijgevestigd zenuwarts	16 (79)
- eigen polikliniek	13 (66)
- sociaal psychiatrische dienst (RIAGG)	9 (47)
arts-specialist	4 (17)
- andere polikliniek, ander APZ, crisiscentrum, justitie	3 (15)
- anders (familie, buurt, GG & GD)	12 (63)
<b>totaal</b>	<b>100 (508)</b>

De 77 procent die rechtstreeks worden opgenomen komen voor de helft uit het eigen gezin, de andere helft woont bij ouders, bij familie, kennissen etc. Het een en ander is weergegeven in het volgende overzicht (4.3).

#### Overzicht 4.3 — Opname verdeeld naar herkomst (in %)

Opname					
Niet vanuit een voorziening			Uit andere voorzieningen		
77% (396)			23% (121)		
eigen gezin	ouderlijk huis	alleenwonend	anders	PAAZ	anders
(49%)	+ 18%	+ 19%	+ 14%	(48%)	+ 52%)

Bijna de helft van de ex-patiënten noemt speciale redenen waarvoor men naar een bepaald APZ ging. Zo wordt melding gemaakt van het feit dat men eerder al in dit APZ was opgenomen (12%), de invloed van de verwijzende arts wordt aangegeven (6%), alsmede het feit dat men in het verzorgingsgebied woont van een bepaald APZ (7%).

Op de vraag of men nog andere vormen van behandeling had overwogen antwoordde 16% bevestigend. Men heeft dan in 40% van de gevallen gedacht aan poliklinische hulp van het APZ, 18 procent aan ambulante behandeling door de SPD, LGV of MOB. Als andere mogelijkheden werden genoemd PAAZ en CAD.

Slechts een beperkte groep blijkt van deze alternatieven gebruik te kunnen maken: de eerste die om hulp wordt gevraagd geeft namelijk al een richting aan. De patiënt kan daarop meestal nauwelijks invloed uitoefenen, omdat hij geen alternatieven op zijn lijstje heeft.

### 4.3. De vrijwilligheid van de opname

De voorafgaande gegevens doen mogelijk de gedachte opkomen dat er een soort vrijheid van keuze bestaat inzake wel of niet opgenomen worden, de keuze van welk psychiatrisch ziekenhuis en zelfs van welke behandeling.

Formeel bestaat inzake de keuze van het APZ een keuzevrijheid van de patiënt. Dit zou strikt genomen betekenen dat patiënten bij de opname de vrije beschikking hebben over een lijst met hulpverleningsalternatieven, hetgeen niet het geval is. In het kader van de WVG wordt dit lijstje zelfs beperkt tot de regio die tot het verzorgingsgebied van een bepaald APZ behoort. Er is dus een zekere vorm van plaatsingsbeleid. Als een APZ een crisisinterventiefunctie heeft (en dat hebben alle zeven participerende APZ-en) vindt de opname, indien enigszins mogelijk in het APZ van die regio plaats. Tussen de APZ-en bestaan vaak wel afspraken inzake het verlenen van assistentie waar en wanneer nodig<sup>6</sup>. Daarnaast zijn er omstandigheden die noodzaken tot een onvrijwillige opname. Dat kan het geval zijn als de opname het gevolg is van bijvoorbeeld een zelfmoordpoging (5% van de ondervraagde ex-patiënten).

Om enig idee te geven van de mate en de aard van deze keuzevrijheid geven we eerst enige cijfers daarover (overzicht 4.4).

Het een en ander behoeft verduidelijking. Allereerst dient het verschil aangegeven te worden tussen opname via inbewaringsstelling (IBS) en via machtiging. Beide zijn vormen van een juridisch onvrijwillige opname.

Bij een IBS gaat het steeds om een acute interventie. Deze wordt op gezag van de burgemeester na schriftelijk advies van een arts ondernomen, moet worden gemeld bij de rechtbank en dient na een bezoek van de officier van justitie aan de opgenomen patiënt binnen drie dagen na binnenkomst van de formulieren bij de rechtbank te worden bekrachtigd. De IBS kan worden verlengd tot drie weken.

Een opname met rechterlijke machtiging is een opname die na een procedure door de rechtbank na advies van een psychiater wordt uitgevoerd. De machtiging wordt verleend voor twee weken en kan daarna verlengd worden voor een half jaar en daarna telkens voor maximaal een jaar als daarvoor termen aanwezig zijn. Binnen die tijd mag iedere behandelende arts tot ontslag uit het APZ overgaan als de noodzaak tot behandeling vervalt. De machtiging kan overigens ook door de patiënt, bijvoorbeeld ter zelfbescherming, worden aangevraagd. Zijn er voor een patiënt die met een IBS is opgenomen na drie weken nog steeds termen aanwezig voor een (onvrijwillige) behandeling dan wordt de IBS alsnog omgezet in een machtiging. Verlengingen en omzettingen dienen steeds vooraf te worden gegaan door een bezoek van de officier van justitie.

Tussen de Nederlandse psychiatrische ziekenhuizen kunnen op het punt van de juridische opname op diverse gronden verschillen bestaan.

Allereerst wordt deze juridische situatie beïnvloed doordat met name de juridisch onvrijwillig opgenomenen in de respondentengroepen zijn ondervertegenwoordigd.

**Overzicht 4.4 — Enkele indicatoren betreffende de vrijwilligheid van de opname (in %)**

juridische situatie	-	juridisch vrijwillig	77	
	-	opgenomen krachtens inbewaaringstelling (IBS)	15	
	-	opgenomen krachtens machtiging van de burgerlijke rechter	7	
	-	opgenomen voor onderzoek naar geestvermogen van een preventief gedetuneerde	1	100% (517)
<hr/>				
patient zegt zelf om opname te hebben gevraagd	-	ja (soms in overleg)	34	
	-	nee	66	100% (517)
<hr/>				
patient zegt dat hij het met de opname eens was	-	ja	74	
	-	nee	26	100% (517)
<hr/>				
hulpverlener van patient zegt van deze opname	-	was echt vrijwillig	33	
	-	was onder druk van de sociale omgeving	62	
	-	weet niet	5	100% (517)

Daarnaast zijn dit soort opnames afhankelijk van de opvattingen van de beoordeling door de intermediairs (arts, psychiater, burgemeester, rechtbank): er zijn (huis)artsen die snel een IBS zullen adviseren, terwijl andere daar zeer terughoudend in zijn; er zijn burgemeesters die ondertekende blanco-volmachten verstrekken en andere die slechts na persoonlijke constatering van de situatie dartoe overgaan. Bovendien zijn deze opnames afhankelijk van de opvatting daaromtrent van het opnemende APZ; ze kunnen een patiënt opnemen (juridisch vrijwillig), waarbij ze, indien daarvoor termen aanwezig zijn, na enige dagen zelf de IBS realiseren (bij de administratie is zo iemand dan wel als juridisch vrijwillig geregistreerd). Naar alle waarschijnlijkheid (en een tendens in die richting is te vinden in de andere indicatoren in overzicht 4.4) is er een veel groter percentage dan 23 procent onvrijwillig verblijvend in een APZ. Nu reeds blijkt dat juridisch vrijwillig zeker niet betekent dat de patiënt ook zelf om de opname verzocht: meer dan de helft van de juridisch vrijwillig opgenomen ex-patiënten heeft daar namelijk niet zelf om gevraagd (overzicht 4.5). Anderzijds blijkt ook 42 procent van de juridisch onvrijwillig opgenomen patiënten het achteraf wel met de opname eens te zijn.

**Overzicht 4.5 — Juridische vrijwilligheid en de opnameaanvraag door de patiënt zelf (in %)**

	juridisch vrijwillig		juridisch onvrijwillig		totaal
			IBS	Machtiging	
zelf gevraagd	ja	42	9	13	34
	nee	58	91	87	66
	totaal	77 (395)	16 (80)	7 (38)	100 (513)

Bestuderen we de andere indicatoren uit overzicht 4.4 inzake de vrijwilligheid van de opname, dan leveren deze op het eerste gezicht een schijnbare inconsistentie op. Dat 34 procent van de ex-patiënten zegt zelf om de opname te hebben gevraagd komt nagenoeg overeen met de uitspraak van 33 procent van de hulpverleners dat 'hun ex-patiënt echt vrijwillig was opgenomen en niet onder druk van de sociale omgeving'. Datzelfde geldt overigens ook voor de overeenstemming inzake de onvrijwilligheid. De inconsistentie lijkt meer te liggen in het gegeven dat 74 procent van de patiënten zegt het met de opname eens te zijn geweest, hoewel maar 34 procent om de opname heeft gevraagd. Onderzoeken we de samenhang dan blijkt bijna tweederde van hen die niet gevraagd had om de opname, het er achteraf wel mee eens te zijn (overzicht 4.6).

**Overzicht 4.6 — Opnameaanvraag door de patiënt zelf en diens instemming daarmee**

Patiënt met opname eens				
	ja		nee	totaal
patiënt zelf gevraagd om opname	ja	98 (168)	2 (4)	35 (172)
	nee	62 (194)	38 (121)	65 (315)
	totaal	74 (362)	26 (125)	100 (487)

De verklaring voor deze inconsistentie ligt waarschijnlijk in het retrospectieve karakter van de vraag; achteraf was men het met de opname eens. Dat betekent dat mensen het nut van opname pas tijdens het verblijf in het APZ zijn gaan inzien. Een andere verklaring is nog dat patiënten het best met de opname eens kunnen zijn

‘omdat men beter wilde worden’ (33%), ofwel ‘omdat het zo toch niet verder kon’ (16%); terwijl ze zelf daartoe niet het initiatief nemen.

Om daarover meer te weten te komen, is de samenhang tussen deze indicatoren nagegaan.

Dan blijkt allereerst dat de veronderstelde eensgezindheid van ex-patiënten en hulpverleners niet zo sterk aanwezig is als gedacht<sup>7</sup>. In meer dan eenderde van de gevallen is er verschil van opvatting. Volledigheidshalve zijn alle overeenkomsten en discrepanties in overzicht 4.7 bijeengebracht

*Overzicht 4.7 — De uitspraak van de patiënt (zelf gevraagd om de opname) en die van de hulpverlener (opname was echt vrijwillig) (in %)*

overeenkomst	+ +	Pat zelf gevraagd + Hulpv opn echt vrijwillig	16	(82)
	- -	Pat niet zelf gevraagd + Hulpv opname onder druk	47	(240)
discrepancie	+	Pat zelf gevraagd + Hulpv opn onder druk	16	(80)
	- +	Pat niet zelf gvr + Hulpv opn echt vrijwillig	15	(79)
inconsistente informatie	+ ?	Pat zelf gevraagd + Hulpv is niet op de hoogte	3	(11)
	- ?	Pat. niet zelf gevraagd + Hulpv is niet op de hoogte	3	(15)
Totaal			100	(507)

Uit dit overzicht kan worden geconstateerd dat de aanvankelijk geconstateerde overeenkomst inzake van ongeveer 33 procent tot de helft daarvan is teruggebracht: slechts 16 procent van de paren constateren een vorm van vrijwilligheid. De aanvankelijk geconstateerde onvrijwilligheid van 62 procent à 47 procent (dat wil zeggen tot drievierde van de paren) teruggebracht.

Naast het gegeven dat inzake het onvrijwillige karakter van de opname ex-patiënt en hulpverlener meer overeenstemmen dan over het vrijwillige karakter, blijkt ook dat in 6 procent van de paren de hulpverlener niet wist hoe de opname op dat punt in elkaar zat. Overigens dient men voorzichtig te zijn bij het beoordelen van de geconstateerde discrepanties omdat de vraagstelling niet identiek is. Het is zeer wel denkbaar dat waar de ex-patiënt zelf om de opname zegt te hebben gevraagd, ook druk van de sociale omgeving heeft plaatsgevonden. De ex-patiënt benadrukt dan het ene aspect en de hulpverlener het andere aspect. Minder gemakkelijk maar wel in dezelfde richting is de discrepantie te verklaren waar de ex-patiënt zegt niet zelf om de opname te hebben gevraagd terwijl de hulpverlener zegt dat de opname niet onder druk van de omgeving tot stand kwam.

We beschouwen het feit dat de ex-patiënt al dan niet zelf om opname heeft gevraagd, dat er sprake is van een al dan niet juridisch vrijwillige opname, dat de hulpverlener al dan niet de opname als echt vrijwillig beschouwd en tenslotte de al dan niet gegeven achteraf-instemming van de ex-patiënt als indicatoren voor een te construeren

vrijwilligheidsschaal. Een dergelijke schaal lijkt betrouwbaar te zijn<sup>8</sup> en resulteert in de navolgende somscoreverdeling (overzicht 4.8.)

*Overzicht 4.8 — Het vrijwilligheidskarakter van de opname afgeleid uit de somscoreverdeling (in %)*

echt vrijwillig	(4 positieve antwoorden)	16 (82)
vrijwlg	(3 positieve antwoorden)	27 (142)
noch vrijwillig/noch onvrijwillig	(2 positieve antwoorden)	24 (126)
onvrijwillig	(1 positief antwoord)	20 (101)
echt onvrijwillig	(geen enkel positief antwoord)	13 (66)
totaal		100 (517)

Op basis van deze schaal kan 43 procent van de opnames vrijwillig worden genoemd en minstens 33 procent onvrijwillig.

Om enig idee te krijgen van de betekenis van de druk door de sociale omgeving op de opname is de ex-patiënt gevraagd wie de opname heeft aangevraagd als de ex-patiënt dat niet zelf deed, en of huisgenoten, familie en vrienden tegen de opname waren of vonden dat de opname al veel eerder had moeten plaatsvinden. Daaronder schuilt de vraag wat er gebeurt in een sociaal netwerk waardoor iemand zich genoopt voelt dat voor iemand uit zijn omgeving aan te vragen. Vandaar dat ook de hulpverleners is gevraagd wie bij deopname de belangrijkste rol speelde.

Als de ex-patiënt niet zelf de opname aanvroeg blijkt in 63 procent van deze gevallen de huisarts al dan niet in combinatie met gezins- c.q. familieleden, de aanvrager van de opname te zijn volgens de ex-patiënt. Vaak is de huisarts de aanvrager op verzoek van de patiënt of van diens huisgenoten. De huisarts fungeert hierbij niet alleen als de formele bevestiging van de gedeponeerde klacht maar ook als selectieve drempel voor het aanvragen van een opname: niet bij iedereen, die opgenomen wil worden, wordt aan dit verlangen tegemoet gekomen. De geringe rol van de ambulante instellingen bij de aanvraag zou verklaard kunnen worden doordat het nogal eens voorkomt dat bijvoorbeeld een SPD druk uitoefent op de patiënt om naar de huisarts te gaan.

De rol van gezinsleden, familie en vrienden bij de opname, moge blijken uit het gegeven dat, als volgens de hulpverlener de opname onder druk van de sociale omgeving tot stand kwam, bij 54 procent van de patiënten deze mensen de belangrijkste rol speelden ongeacht of de ex-patiënt al ooit eerder opgenomen was. Zij zijn ook de belangrijkste personen die genoemd worden bij de vragen aan de ex-patiënten wie er tegen de opname was en wie vond dat de opname eerder had moeten plaatsvinden. In het volgende overzicht (4.9) wordt daarvan een indruk gegeven.

**Overzicht 4.9 — Reacties van de sociale omgeving op de opname volgens de ex-patiënt (in %)**

anderen waren tegen de opname	ja	22	(114)	huisgenoten/familie	76 (87)
				vnenden	24 (27)
	nee	78	(403)		
anderen waren voor eerdere opname	ja	29	(144)	huisgenoten/familie	63 (91)
				vnenden	37 (53)
	nee	71	(357)		

Niet vergeten dient te worden dat huisgenoten, familie en vrienden, kunnen worden ingeschakeld door leden van formele en informele instanties, zowel om een opname te voorkomen als om deze juist te bewerkstelligen. Overigens is slechts bij 11 procent van de ex-patiënten niemand of zijn alleen maar sommigen van hun contacten op de hoogte van de opname: bij nagenoeg allen weet iedereen of zeer velen ervan (en dat is ongeacht het feit of men wel of niet eerder was opgenomen); 61 procent denkt bovendien dat het contact wat ze hebben door de opname niet zal veranderen. Dat geldt dan met name voor de ex-patiënten die al eerder waren opgenomen; dat geldt niet voor de eerst-opgenomenen, die denken voor 61 procent dat (al) deze contacten na het ontslag wel zullen veranderen en dan met name in negatieve zin. Er verandert blijkbaar alleen iets door de eerste opname; daarna wordt gecontinueerd wat al veranderd was.

#### **4.4. Bivariate verbanden tussen de kenmerken van de ex-patiënten en de indicatoren rond de préfase en de opname**

We constateerden dat meer dan de helft van de ex-patiënten reeds eerder in een APZ was opgenomen. Bestuderen we deze gegevens verder dan blijkt (bijlage 4.1.) dat vooral zij die gezien hun inkomensbron niet afhankelijk zijn van een uitkering (WAO, WW) nog niet eerder in een APZ waren opgenomen. In verband gebracht met de diagnose blijken de patiënten die voor het eerst worden opgenomen ook relatief vaak met de diagnose neurose te worden opgenomen. Bestuderen we het diagnosegegeven nauwkeuriger dan blijken vooral vrouwen neurose als diagnose te krijgen (en dan met name die vrouwen die als beroep huisvrouw opgeven) terwijl mannen vooral de diagnose psychose en verslaving wordt toegekend. De verslaafden komen vooral voor in de categorie patiënten die moeten leven van de WAO en/of de WW.



Gaan we nader bestuderen of de opnamesituatie en wat daaraan voorafgaat nader wordt gespecificeerd door een aantal demografische variabelen, dan is het volgende 'portret' te construeren (bijlage 4.2.).

Met betrekking tot de situatie vóór de opname blijkt dat (inzake de herkomst) zij die afhankelijk zijn van een uitkering (zoals WAO en WW) worden opgenomen vanuit een gezondheidszorgvoorziening zoals A(P)Z en PAAZ, terwijl zij die een inkomen uit arbeid genieten rechtstreeks vanuit hun primaire leefsituatie worden opgenomen. Worden patiënten niet vanuit een andere voorziening opgenomen (dat zijn dus vooral mensen met een eigen inkomen uit arbeid) dan komen de mannelijke patiënten uit het ouderlijke gezin of vanuit een situatie waar ze alleen woonden (al dan niet in een pension). Dat geldt ook voor met name de patiënten die jonger zijn dan 30 jaar. Vanuit een gezinssituatie worden (niet verwonderlijk) vooral huisvrouwen opgenomen en personen tussen 45 en 66 jaar. Dat geldt ook voor patiënten met een lagere opleiding; middelbare en hogere opleidingen worden overwegend uit een alleen-wonende situatie opgenomen c.q. pension of kosthuis.

Wat betreft het aanvragen van de opname zijn geen relevante verschillen aanwijsbaar, hoewel er aanwijzingen zijn dat met name mannen niet via de huisarts worden opgenomen maar via de een of andere hulpverleningsinstantie, terwijl bij de (huis)vrouwen de vrijgevestigd zenuwarts een belangrijke rol vervult.

Wat betreft de vrijwilligheid van de opname zijn het vooral mannen bij wie er sprake is van een opname op basis van een juridische maatregel. Verder blijkt dat vooral bij gehuwde patiënten anderen vonden dat de opname al eerder had moeten plaatsvinden. Ongetwijfeld is aan het ongehuwd zijn inherent het gegeven dat er minder sprake is van een sociaal netwerk en daarmee van een minder permanente 'aanslag' op het acceptatie- en tolerantievermogen van de sociale omgeving.

Een tweede 'portret' is te construeren aan de hand van de veronderstellingen dat vanuit de diagnose en vanuit het gegeven of iemand al dan niet al eerder in een APZ was opgenomen. Met betrekking tot de situatie van de ex-patiënt vóór de opname zijn er inzake de herkomst noch naar diagnose, noch naar eerdere opname verschillen op dat punt te constateren. Blijkbaar kunnen in iedere verblijfs- of woonsituatie zowel psychosen, neurosen alsook verslavingen optreden.

Wat betreft het aanvragen van de opname zijn er geen significante verschillen naar diagnose en geen relevante verbanden naar het al dan niet eerder opgenomen zijn. Wel zijn er verschillen in de vrijwilligheid van de opname. Patiënten met de diagnose psychose worden meer dan de anderen opgenomen met een inbewaringstelling of met een rechterlijke machtiging. Als aanvulling daarop wordt juist van deze categorie patiënten door de hulpverleners gesteld dat zij niet echt vrijwillig maar onder de druk van de sociale omgeving worden opgenomen. Ook op basis van de vrijwilligheids-schaal kan worden vastgesteld dat vooral patiënten met de diagnose psychose onvrijwillig worden opgenomen.

De voor het eerst opgenomen patiënten onderscheiden zich op basis van de vrijwilligheidsschaal niet van de patiënten die reeds eerder in het APZ verbleven.

#### 4.5. Samenvatting

De beschrijving van de gegevens betreffende wat zich vóór en tijdens de opname voordoet heeft drie accenten:

- a. hulpverleningservaring voor de opname;
- b. de situatie van waaruit de opname wordt aangevraagd;
- c. de mate waarin er sprake is van vrijwilligheid bij de opname.

Uit de onderzoeksgegevens blijkt dat meer dan de helft van de ex-patiënten reeds eerder in een APZ was opgenomen. Dat betreft dan vooral personen die afhankelijk zijn van de WAO- of de WW-uitkering. Hun diagnose is hoofdzakelijk psychose of verslaving. Bovendien blijkt dat de APZ-en op grond van allerlei regelingen en gewoontes dezelfde patiënten terugkrijgen. Geslacht, leeftijd, burgerlijke staat en leeftijd spelen geen rol van betekenis. Daarnaast blijkt bijna tweederde van de ex-patiënten reeds voor de opname contact te hebben gehad met een hulpverlener of hulpverlenende instantie buiten het APZ. Voor velen is er dan ook inderdaad sprake van een professioneel hulpverleningsproces waarbij het APZ als eindstation kan worden gezien.

De situatie van waaruit een opname in het APZ wordt aangevraagd kan worden geschetst naar het al dan niet via een andere voorziening worden opgenomen. Bij bijna een kwart van de patiënten is het laatste het geval en daarvan neemt de PAAZ de helft voor haar rekening. Dat dit een zekere vorm van intramurale overplaatsing is, kan niet worden ontkend. Deze overplaatsing geldt dan vooral de patiënten die afhankelijk zijn van een WAO- of WW-uitkering. Kan er niet van een dergelijke overplaatsing worden gesproken dan wordt meer dan tweederde vanuit een gezinssituatie (eigen gezin of ouderlijk huis) opgenomen terwijl ongeveer een vijfde vóór de opname alleen woonde (eigen woning, pension, kosthuis).

In deze laatste categorie treffen we opvallend veel middelbaar en hoger opgeleide patiënten aan. De opname zelf wordt in de meeste gevallen wel aangevraagd door een professionele hulpverlener maar niet door een psychiater. Een zeer belangrijke rol speelt de huisarts bij de opname terwijl ook de rol van de huisgenoten daarbij niet gering is te noemen. De SPD c.q. de RIAGG speelt (anno 1979-1980) hierbij nauwelijks een directe rol. De vrijgevestigde psychiater speelt met name bij (huis-)vrouwen een rol bij de opname naast de huisarts. Verder blijkt dat mensen naast het APZ niet zoveel andere keuze-alternatieven tot hun beschikking hebben alvorens tot de beslissing van een opname in het APZ wordt overgegaan.

Over de mate waarin mensen zelf (kunnen) beslissen over de opname in een APZ zijn diverse opvattingen mogelijk. Zeker is dat het (on)vrijwillig opgenomen worden in een APZ meer nuances kent dan de geregistreerde juridische situatie. Volgens onze onderzoeksgegevens was een kwart (juridisch) onvrijwillig opgenomen, had tweederde niet zelf om de opname gevraagd en was tweederde van de patiënten volgens 'hun' hulpverleners niet 'echt vrijwillig' opgenomen maar onder druk van de sociale omgeving. Daarbij moeten we denken aan de 30% van de patiënten die onder andere volgens hun huisgenoten allang eerder hadden opgenomen moeten worden.

In de helft van de gevallen zijn zowel patiënt als hulpverlener het met elkaar eens dat de opname niet echt vrijwillig tot stand is gekomen; slechts in 16 procent van de gevallen komen beiden tot de conclusie dat er van een vrijwillige opname gesproken kan worden.

Tenslotte kan uit een op basis van vier indicatoren (de zojuist genoemde juridische vrijwilligheid, de vermelde opvatting van zowel patiënt als hulpverlener en de vraag of de patiënt het met de opname achteraf eens was) geconstrueerde schaal worden afgeleid dat tussen eenderde en meer dan de helft van de patiënten als onvrijwillig opgenomen dient te worden beschouwd. Daarmee willen we geenszins de indruk vestigen als zou over een vrijwillige opname in een APZ positiever gedacht moeten worden dan over een onvrijwillige opname: naar onze mening kan in bijzondere omstandigheden een onvrijwillige opname zeker zijn nut (als laatste redmiddel) hebben waar een vrijwillige opname (nog) niet tot de mogelijkheden behoort. Hierin worden we gesteund doordat van de (juridisch) onvrijwillig opgenomen patiënten 42 procent het achteraf wel met de opname eens was. De opname op grond van een machtiging of IBS komt vooral bij mannen voor en bij patiënten met de diagnose psychose. Juist deze laatste categorie is ook op basis van de vrijwilligheidsschaal als onvrijwillig opgenomen te karakteriseren.

De veronderstelling dat meer mensen op de hoogte zouden zijn van de opname als iemand reeds meerdere malen was opgenomen wordt niet gesteund door wat de patiënten zelf daarover opmerken.



### *Inleiding*

Behandelen en behandeld worden in een APZ is nauw gelieërd aan de tweeledige functie van het APZ:

- a. het bieden van een verblijfsmogelijkheid aan c.q. het verplegen en resocialiseren van psychisch gestoorde mensen;
- b. het systematisch verlenen van hulp vanuit diverse invalshoeken gericht op de specifieke problematiek ter (her)vinding van het oude dan wel het (ver-)nieuw(de) evenwicht.

Het is denkbaar dat deze twee functies met elkaar in conflict komen: het bieden van een onderkomen kan door de patiënt als dermate aantrekkelijk worden ervaren dat het toewerken naar het verlaten van het (veilige, warme) APZ daarmee strijdig is. Er zal derhalve in de behandeling een moment komen dat er gekozen dient te worden inzake het verdere doel van het verblijf in het APZ: verder behandelen met het oog op ontslag of met het oog op langdurig verblijf. In het laatste geval wordt de woonfunctie van het APZ meer en de gerichte behandelingsactiviteit minder benadrukt. Daarmee is een van de verschillen tussen de kortdurende ('short-stay'), voortgezette en langdurige ('long-stay') behandeling aangegeven.

De *kortdurende behandeling* is sterk gericht op beïnvloeding van het gedrag op korter termijn onder andere via medicatie en ondersteunende gesprekken. (Men denke daarbij bijvoorbeeld aan de behandeling van fobische reacties of aan de farmacologische behandeling van psychosen).

Voor bepaalde ziektebeelden kunnen na ongeveer drie à zes maanden termen aanwezig zijn voor een *voortgezette behandeling*. Men denke hierbij aan ernstige persoonlijkheidsstoornissen en chronische verlopende psychotische toestanden. Ook hier speelt een systematische gedragsbeïnvloeding via onder andere (non)verbale (psycho)therapieën al dan niet vergezeld van medicamenteuze therapie een belangrijke rol.

Na ongeveer twee jaar wordt de kans op uitplaatsing echter dermate gering dat de verblijfsfunctie de belangrijkste achtergrond gaat vormen van de behandeling<sup>1</sup>. Er wordt dan gesproken van '*chronische hospitalisatie*' en van chronische patiënten. Bij deze langdurige behandeling streeft men onder andere via sociotherapieën die uitgaan van de dagelijkse levensbehoeften in ruime zin<sup>2</sup>, naar een soort 'modus vivendi'.

Eerder onderzoek onder andere van Kris e.a. (1971: 352) geeft aan dat met name zij die voor het eerst worden opgenomen deze fase van 'chronische hospitalisatie' niet bereiken en dat daarvoor vooral de (functionele<sup>3</sup>) psychose als meest kwetsbare categorie in aanmerking komt (Kris, 1971: 351).

Resumerend kunnen we stellen dat inzake de behandeling in een APZ sprake is van:

- a. een kortdurende behandeling: 2-6 maanden;
- b. een voortgezette behandeling: 6 maanden tot 2 jaar;
- c. een chronische behandeling na 2 jaar (continue of niet-continue) verblijf in een APZ.

In dit hoofdstuk zullen we derhalve als belangrijkste variabele naast diagnose en eerdere opname ook de behandelduur bij de beschrijving van de patiënt-fase dienen te betrekken. Eerst zullen we echter enige informatie verschaffen over de behandeling zelf en de ervaring van de patiënt daarmee.

Vandaar dat achtereenvolgens aan de orde komen:

- enkele elementen van de intramurale behandeling (paragraaf 5.1);
- de beoordeling van de intramurale behandeling en het functioneren van de ex-patiënt op het ontslagmoment (paragraaf 5.2), alsmede een afsluitende paragraaf (5.3) met een samenvatting van de belangrijkste resultaten.

## **5.1. Enkele aspecten van de intramurale behandeling**

### **5.1.1. Behandelplan, doel en inhoud van de behandeling**

Het begin van een intramurale psychiatrische behandeling wordt vooral gekarakteriseerd door de opname in het APZ. Over het algemeen wordt deze opname gevolgd door een observatieperiode van ongeveer drie weken: deze periode wordt op haar beurt gevolgd door een reeks behandelingsprogramma's waarvan de onderlinge afstemming in een behandelplan is vastgelegd. Iedere drie tot zes weken wordt dit plan bijgesteld tot het doel bereikt is.

In de nieuwe Wet BOPZ wordt voorgesteld dit plan de vorm van een contract te geven dat door patiënt en hulpverlener wordt ondertekend. Het uittesten van een dergelijk contract in een aantal APZ-en, heeft aangetoond dat aan zo'n contract een aantal bezwaren kleefte en dat het in een aantal situaties ook niet is te realiseren.

Met name bij psychotische decompensatie, bij waarnemings- en denkstoornissen is het opstellen van een dergelijk contract nauwelijks een zinvolle bezigheid. De term contract heeft de suggestie van een juridische betekenis en wekt vaak bij mensen reminiscenties aan verplichtingen via handtekeningen waarvoor zij huiverig zijn. De inhoudelijke basis waarop een behandelingscontract na enige weken berust, kan door de toestand waarin iemand werd opgenomen dikwijls uit slechts geringe informatie bestaan, waardoor het contract slechts een improvisatorisch en zeer voorlopig karakter kan hebben. Dit betekent overigens niet dat bij de hulpverlener of bij het behandelteam niet zoiets als een plan of een idee daarover kan (of zal dienen te) bestaan.

Wordt iemand binnen 14 dagen na zijn vertrek uit een APZ opnieuw opgenomen dan wordt de behandeling voortgezet alsof ze slechts werd onderbroken. Wordt iemand binnen zes maanden opnieuw opgenomen dan vindt geen nieuwe observatie plaats als daarvoor geen termen aanwezig worden geacht; wel wordt een nieuw plan opgesteld. De allereerste vraag die wij betreffende de behandeling hebben gesteld is of er volgens de ex-patiënt en volgens de hulpverlener bij het begin van het verblijf een plan of contract is opgesteld en of de ex-patiënt het daarmee al dan niet eens was (overzicht 5.1).

*Overzicht 5.1 — Opstelling behandelplan en instemming ermee volgens ex-patiënten en hulpverleners (in %)*

Behandelplan	Volgens ex-patiënten			
			helemaal eens	65 (123)
	wel	36 (187)	Mee eens?	niet (helemaal) eens 35 (64)
	nee	47 (242)		
	weet niet (meer)	17 (88)		
	totaal	100 (517)		
Behandelplan	Volgens hulpverleners			
			wel	73 (331)
	wel	88 (454)	Mee eens?	niet 11 (50)
	nee	11 (57)		
	weet niet (meer)	1 (4)		
	totaal	100 (515)		

Echte verschillen in opvattingen op dit punt tussen de ex-patiënten en hun hulpverleners kunnen worden gekonstateerd als we nagaan in welke mate de paren het met elkaar op dit punt eens zijn. Betreffende de vraag of er al dan niet in het begin een behandelplan is opgesteld c.q. voorgelegd, blijkt dat daarover inderdaad een aanzienlijke discrepantie bestaat tussen ex-patiënten en hulpverleners (overzicht 5.2).

Bij bijna 40 procent van de patiënt-hulpverleners-gevallen bestaat er inzake het al dan niet bestaan van een behandelplan overeenstemming. Zeer opmerkelijk is de discrepantie bij 40 procent van de gevallen waar de hulpverlener wel een behandelplan signaleert en de ex-patiënt dit ontkent. Aan deze 40 procent kan gevoegelijk ook de 15 procent discrepantie worden toegevoegd, waarbij de hulpverlener een plan aanwezig acht, terwijl dit voor de ex-patiënt onbekend is.

**Overzicht 5.2 — Uitspraken over het behandelplan (behandelplan is al dan niet opgesteld) van de ex-patiënt en de hulpverlener (in %)**

overeenkomst	+	+	Wel een plan volgens patiënt en hulpverlener	33 (171)
	-	-	Geen plan volgens pat en hulpverlener	6 (33)
discrepancie	+	-	Patiënt wel plan, hulpverlener geen plan	4 (14)
	-	+	Patiënt geen plan, hulpverlener wel plan	40 (205)
inconsistente informatie	?	+	Bij patiënt onbekend, hulpverlener wel plan	15 (78)
	?	-	Bij patiënt onbekend, hulpverlener geen plan	2 (10)
totaal				100 (511)

De verklaring voor de zojuist gesignaleerde discrepantie kan voor een deel gelegen zijn in het feit dat het behandelplan iets is wat zeker in het begin van de behandeling vooral in de idee van het team c.q. van de hulpverlener bestaat. Een andere verklaring is dat het aan de ex-patiënt niet duidelijk werd of kon worden gemaakt c.q. dat deze het zich op het ontslagmoment niet meer kan herinneren.

Een van de conclusies hieruit is in ieder geval dat de hulpverlener niet genoeg heeft verduidelijkt of heeft kunnen verduidelijken aan de patiënt dat er van een behandelplan sprake is.

Een soortgelijke vergelijking is uitgevoerd met betrekking tot de vraag of de ex-patiënt volgens hemzelf en of volgens de hulpverlener het met dat plan helemaal eens was (overzicht 5.3).

**Overzicht 5.3 — Het oordeel van patiënt en hulpverlener over de vraag of de ex-patiënt het met het behandelplan (helemaal) eens was (in %)**

overeenkomst	+	+	beiden stellen dat patiënt het eens was	32 (121)
	-	-	beiden stellen dat patiënt het oneens was	1 (5)
discrepancie	+	-	patiënt was het ermee eens, volgens hulpverlener was dat niet zo	3 (10)
	-	+	patiënt zegt oneens, hulpverlener zegt patiënt was het ermee eens	3 (10)
inconsistente informatie	?	+	patiënt weet het niet, hulpverlener zegt patiënt was het ermee eens	52 (200)
	?	-	patiënt weet het niet, hulpverlener zegt patiënt was het er niet mee eens	9 (36)
totaal				100 (382)



Uit dit overzicht blijkt niet zozeer een zekere mate van overeenkomst (33 procent), maar veeleer een zeer belangrijke mate van inconsistente informatie (61 procent) die niet los te zien is van de voorgaande discrepantie met betrekking tot het al dan niet bestaan van een behandelplan.

De conclusie van beide paarsgewijze vergelijkingen dient dan ook te zijn dat bij meer dan de helft van de gevallen er ten aanzien van deze behandelingsaspecten aanzienlijke discrepantie bestaat. De hulpverleners gaan uit van het bestaan van een behandelplan en van het feit dat de patiënten het met dat plan eens zijn, terwijl dit behandelaspect niet bij de patiënt bekend lijkt te zijn.

Een nadere analyse maakt overigens duidelijk dat de mate van discrepantie per APZ sterk verschilt.

Dit hoeft echter niet te betekenen dat de ex-patiënt naar eigen gevoel niet heeft kunnen meebeslissen over behandeling. Integendeel: desgevraagd stelt 47 procent altijd en 38 procent soms te hebben kunnen meebeslissen over de behandeling (overzicht 5.4) en volgens de hulpverleners was 70 procent van hun patiënten ook gemotiveerd voor de behandeling.

*Overzicht 5.4 — Heeft U zelf voldoende kunnen meebeslissen over de behandeling? (in %)*

ja, altijd	47	(241)
soms, niet altijd	38	(200)
nooit	15	(76)
totaal	100	(517)

De vraag naar het doel van de behandeling wordt door ex-patiënten en door hulpverleners zeer uiteenlopend, soms zeer uitgebreid en soms zeer kort beantwoord. Daardoor is categoriseren via inhoudsanalyse een moeilijke aangelegenheid, te meer daar we geprobeerd hebben steeds de hoofdaccenten uit ieder antwoord te isoleren. Tevens hebben we geprobeerd een relatie te leggen tussen deze hoofdaccenten en de verschillende doeleinden die volgens de antwoorden kunnen worden nagestreefd. Hoe moeilijk het is geweest voor de ondervraagde personen het doel van hun behandeling onder woorden te brengen, moge onder andere blijken uit het feit dat 34 procent van de ex-patiënten deze vraag op geen enkele wijze kon beantwoorden. Aanvankelijk hebben we ons bij de inhoudsanalyse gericht op categorieën als:

- het oplossen van het probleem dat bij de opname het hoofdprobleem was
- het leren leven met het probleem
- het overgeven van de behandeling in andere handen.

Uit de antwoorden zelf kwamen echter de volgende indeling in hoofdaccenten naar voren:

- *het orde op zaken stellen bij de patiënt zelf;*  
53 procent (272) van de antwoorden van de ontslagpatiënten heeft daarop betrekking en 18 procent (94) van de antwoorden van de hulpverleners. Onder deze categorie werden door ons gerangschikt antwoorden waarvan het hoofdaccent was: inzicht in mezelf krijgen, met mezelf leren omgaan, stabiliseren van bijvoorbeeld depressies, tot rust komen, angst verminderen, zelfstandiger worden, en dergelijke.
- *het (zich) voorbereiden op de toekomstige situatie;*  
11 procent (56) van de antwoorden van de ontslagpatiënten en 74 procent (380) van de antwoorden van de hulpverleners hebben we darunter gerangschikt. De hoofdaccenten waren uitspraken als: dat ik het weer zie zitten, dat ik snel (en definitief) terug kan naar de situatie van vóór de opname, dat ik weer aan het werk kan, weerbaar worden (maken) voor te verwachten problemen.
- *de relatie met anderen (beter) behartigen;*  
2 procent (11) van de antwoorden van de ontslagpatiënten en 3 procent (17) van de antwoorden van de hulpverleners zijn door ons daaronder gerangschikt. Het gaat dan om accenten als: leren omgaan met (mijn) huisgenoten, de buurt, met de negatieve reacties van anderen leren leven.
- *diversen, onder andere observatie, instellen van medicijnen;*  
1 procent (4) van de antwoorden van de ontslagpatiënten en 3 procent (14) van de hulpverleners zijn daaronder gerangschikt.
- *onbekendheid met het behandel doel;*  
34 procent (174) van de ontslagpatiënten en 2 procent (10) van de hulpverleners kon op de betreffende vraag geen antwoord geven.

Bij nadere analyse blijkt dat van de 34 procent ex-patiënten die geen behandel doel aangeven volgens 'hun' hulpverleners bij 20 procent het doel hoofdzakelijk gelegen was in het orde op zaken stellen bij de ex-patiënt zelf en bij 70 procent in het zich voorbereiden op toekomstige situaties. Uit het gegeven dat bij ruim driekwart van de (53%) ex-patiënten die als doel zien het bij zichzelf orde op zaken stellen, volgens hun hulpverleners het doel toch hoofdzakelijk het toekomstig functioneren betreft, kon worden afgeleid dat de ex-patiënten het doel van de behandeling meer localiseren in het werken aan persoonlijke individuele problematiek (beter worden, zelfconstrôle) terwijl hun hulpverleners het doel zien in de 'terugkeer' naar de samenleving en het functioneren daarin.

Om een indruk te krijgen van hetgeen er in de behandeling heeft plaatsgehad, is de hulpverlener gevraagd naar het belangrijkste element uit het laatste dagprogramma van de patiënt en naar de inhoud van de behandeling. Een belangrijke indicator daarvoor wordt gevormd door het doel wat volgens ex-patiënt en hulpverlener met de behandeling wordt nagestreefd.

Het dagprogramma moet gezien worden als onderdeel van een (al dan niet geformaliseerd) behandelingsplan.

De elementen die de hulpverleners als de belangrijkste onderdelen aangeven van het laatste dagprogramma zijn in een viertal categorieën onder te brengen.

1. Activiteiten in het kader van het *afbouwen* van de behandeling; 22 procent van de hulpverleners vermeldt deze in de vorm van individuele gesprekken, resocialisatie, directe voorbereiding op de situatie na het ontslag.
2. Voor 36 procent van de hulpverleners zijn de diverse *therapieën* en vooral activerende therapieën de belangrijkste elementen van het laatste dagprogramma.
3. Voor 18 procent van de hulpverleners concentreren de belangrijkste elementen zich op de *handhaving* van de ex-patiënt (onder andere structureren dagelijkse levensbehoeften).
4. Bij 12 procent van de hulpverleners lag in het laatste dagprogramma de nadruk op *toekomstige* sociale relaties (zoals aan de voorbereiding op gezinssituatie, werksituatie en vrije tijd).

Tenslotte worden door 7 procent van de hulpverleners combinaties van bovengenoemde elementen genoemd en maakt 5 procent melding van het feit dat er geen dagprogramma was.

Wat betreft de inhoud van de behandeling hebben we zeven vragen gesteld aan de hulpverleners. De antwoorden daarop zijn te vinden in overzicht 5.5.

*Overzicht 5.5 — Inhoud van de behandeling volgens de hulpverleners<sup>4</sup> (in %)*

1	Vooraf medisch georiënteerd		
	medicamenteuze therapie	88	(442)
	andere medische of somatische therapie	28	(146)
2.	Vooraf psychotherapeutisch georiënteerd		
	psychotherapie	33	(172)
	relationele therapie	40	(205)
3	Vooraf activerende therapieën	83	(425)
4	Vooraf op resocialisatie gericht		
	sociale begeleiding	52	(265)
	assertiviteitstraining	11	(56)

Bij nadere analyse blijkt dat medicamenteuze therapie bijna steeds samen met een van de andere therapieën voorkomt. Dit varieert van 93 procent (voor de medicamenteuze therapie in combinatie met een andere medische of somatische behandeling) tot 80 procent voor de medicamenteuze therapie met assertiviteitstraining louter en

alleen medicamenteuze c.q. louter en alleen niet-medicamenteuze therapie worden slechts door 5 procent respectievelijk door 12 procent van de hulpverleners genoemd.

### **5.1.2. Sociale relaties en intramurale behandeling**

Een geheel ander aspect van de behandeling wordt gevormd door de betrokkenheid van sociale relaties bij de behandeling. Dit zou met name voor patiënten met ontslagperspectief van groot belang zijn voor hun functioneren na het ontslag; die wordt namelijk in belangrijke mate bepaald door de sociale positie die ex-patiënten dan kunnen c.q. mogen innemen. De directe sociale omgeving van huisgenoten, gezins- en familieleden zijn daarbij het belangrijkste; zij hebben de meeste sociale betekenis en fungeren als vertegenwoordigers van het informele sociale systeem dat wij een 'social support'-functie toedelen.

De laatste decennia is de aandacht juist voor de invloed van dit 'lekensysteem' groeiende en wordt ook als zodanig door het professionele hulpsysteem erkend en wel om diverse redenen:

- de directe sociale omgeving draagt in hoge mate bij tot de opnameproblematiek vanuit de patiënt en kan opname 'verhaasten';
- dezelfde rol kan deze directe sociale omgeving spelen als 'verhaaster' van heropname;
- onvermijdelijke positie-veranderingen in de diverse sociale netwerken ten aanzien van de ontslagen patiënten raken direct de representanten van die netwerken en de relatie tussen die netwerken onderling;
- de directe sociale omgeving biedt een klimaat waardoor vereenzaming wordt voorkomen;
- de directe sociale omgeving kan een deel van de rol van de nazorg overnemen en is daardoor zijn vertrouwde met de ex-patiënt ook beter toe uitgerust;
- inherent aan het bestaan van een directe sociale omgeving is de mogelijkheid voor de ex-patiënt om onmiddellijk (weer) aan de samenleving te participeren, aangezien via deze directe sociale omgeving hervatting van vroegere sociale contacten ofwel het creëren van nieuwe contacten tot de directe mogelijkheden behoort.

Op grond van dit belang kan geprobeerd worden mensen die een rol in de sociale omgeving spelen van de ex-patiënt direct of indirect bij de behandeling te betrekken. In zijn meest doorgevoerde vorm wordt dan van 'systeembehandeling' gesproken, een begrip dat vaker een wens inhoudt dan een realiteit.

Een dergelijke 'systeembehandeling', opgevat als een actieve relatie tussen leken en professionals, kent minimaal een drietal aspecten:

- representanten van de sociale omgeving worden medebehandeld tot oplossing van de problematiek welke aanleiding gaf tot de opname van een van hen;
- de opgenomen wordt geconfronteerd met de problemen die hij van de kant van de sociale omgeving krijgt aangeboden of opgedrongen;

- zowel de representanten van de sociale omgeving als de opgenomen worden erop voorbereid dat hun toekomstige relatie-inhouden en hun posities in de diverse sociale netwerken wezenlijk zullen kunnen verschillen of zelfs niet meer kunnen bestaan.

Een eerste indicator voor de mogelijkheid van ‘social support’ is de vraag of iemand van gezin, familie, vrienden of bekenden op de een of andere manier in de behandeling werd betrokken. Waar slechts 9 procent van de ex-patiënten nooit bezoek kreeg volgens de hulpverleners en waar volgens 68 procent van de ontslagpatiënten en volgen 78 procent van de hulpverleners wel relaties bij de behandeling werden betrokken, lijkt die mogelijkheid aanwezig. Wie er bij de behandeling werden betrokken blijkt uit overzicht 5.7.

*Overzicht 5.7 — Wie worden bij de behandeling betrokken volgens ex-patiënten en volgens hulpverleners (in %)<sup>s</sup>*

	vgls. ex-patiënten	vgls. hulpverleners
gezinsleden	49 (252)	56 (290)
familie	25 (128)	29 (148)
vrienden/kennissen	5 (25)	7 (35)
(werk)collega's	2 (6)	5 (24)
anderen	4 (21)	6 (33)

Het betrekken van de sociale relaties bij de behandeling kan zeer direct maar ook zeer indirect gebeuren en heeft te maken met de aard van de relatie. De bezoeken, huisbezoek en apart spreekuur worden hier vooral genoemd als benutte mogelijkheden. Het betrekken van sociale relaties via therapeutische activiteiten wordt door de ex-patiënten vrijwel niet (4 procent) en door de hulpverleners nauwelijks (7 procent) genoemd en dan nog bijna alleen van gezins- of familieleden.

Van het betrekken van anderen (buiten gezins- en familieleden) bij de behandeling lijkt trouwens helemaal geen sprake. Zo noemen slechts 5 van de 100 ex-patiënten die werk hadden vóór de opname en 19 van de 206 hulpverleners het betrekken van werkcollega's bij de behandeling. Het gezamenlijk behandelen van patiënt en directe sociale relaties blijkt uit onze gegevens vooralsnog niet vaak voor te komen.

Waarom werden relaties niet bij de behandeling betrokken? Volgens de hulpverleners zijn de redenen naast het gegeven dat er geen relaties zijn (56% = 44%), het feit dat:

- de patiënt dat niet wilde (25%);
- gezinsleden, familieleden of vrienden niet wilden of durfden (10%);
- het om therapeutische redenen niet gewenst was (5%);

- er geen tijd was of het APZ daarvoor geen personeel had (1%);
- een veelheid van individuele redenen (14%).

Desgevraagd zeggen bijna alle ex-patiënten (95 procent) bij wie een of meerdere sociale relaties in de behandeling werden betrokken, dat dit resultaat heeft gehad, terwijl 23 procent van de ex-patiënten bij wie niemand bij de behandeling werd betrokken zegt, dat wel nodig te hebben gevonden (met name dan de gezinsleden en/of familie), terwijl 33 procent dat niet nodig vond en 43 procent op deze vraag geen antwoord wilde of kon geven.

Waar het bezoeken hierbij als mogelijkheid een belangrijke rol speelt, moet de patiënt ook bezoek willen of kunnen krijgen. Volgens 97 procent van de hulpverleners wilde de ex-patiënt (soms) wel bezoek hebben en kreeg 91 procent ook daadwerkelijk bezoek van familie, vrienden of bekenden. Dit varieerde tussen iedere twee à drie dagen, tot nog niet één keer per maand. De hulpverleners zijn goed op de hoogte van het bezoek van de patiënten; indien gewenst door patiënt of hulpverlener was blijkbaar de materiële mogelijkheid voor 'systeembehandeling' aanwezig.

We hebben nagegaan in hoeverre er ten aanzien van het betrekken van sociale relaties bij de behandeling overeenstemming bestaat tussen patiënt en hulpverlener. Een dergelijke overeenstemming kan betekenen dat:

- beide het erover eens zijn dat niemand bij de behandeling betrokken was; 16 procent van de paren was het daarover eens;
- beide vinden dat er wel sociale relaties (wie dan ook) bij de behandeling betrokken waren; 54 procent van de paren vindt dat. Daarmee hoeft het nog niet over dezelfde personen te gaan. Om een inzicht daarin te verschaffen is een verdeling gemaakt naar de aard van de sociale relaties: gezins/familieleden enerzijds en andere relaties anderzijds.

Ten aanzien van de betrokkenheid van alleen gezins/familieleden, blijkt bij 45 procent van de paren overeenstemming te bestaan.

Ex-patiënten en hulpverleners zijn het niet meer eens op het moment dat bij 7 procent van de paren de ex-patiënt een betrokkenheid signaleert van gezins/familieleden, terwijl de hulpverlener zegt dat niet die relaties, maar andere bij de behandeling betrokken waren.

Ex-patiënten en hulpverleners zijn het volstrekt oneens in 12 procent van de gevallen waar de ex-patiënten stellen dat niemand van gezins/familieleden bij de behandeling werd betrokken, stellen de hulpverleners dat dit wel het geval was.

(De resterende 11 procent van de gevallen bevatte inconsistente informatie.)

### **5.1.3. Bivariate verbanden tussen de kenmerken van de ex-patiënten en de indicatoren betreffende de intramurale behandeling**

Specificeren we deze gegevens betreffende de behandeling met behulp van een aantal demografische gegevens (bijlage 5.1) dan blijkt het volgende:

- Volgens de hulpverleners waren met name de jongeren onder de 30 jaar niet gemotiveerd voor de behandeling en de leeftijdsgroep tussen 30 en 45 juist wel.
- Deze laatste categorie vond ook dat zij altijd in de behandeling konden meebeslissen, terwijl de categorie tussen 45 en 66 jaar vond dat ze daartoe nooit de gelegenheid kregen. Er is een tendens aanwijsbaar dat vrouwen zich op dit punt achtergesteld voelen bij mannen.
- Ook inzake de inhoud van de behandeling zijn categorieën te onderscheiden. Zo ligt het accent op het medicamenteuze of op andere somatotherapeutische aspecten van de behandeling vooral bij de leeftijdscategorie boven de 45 jaar en bij de niet (meer) werkenden, terwijl sociale begeleiding juist vooral aan patiënten onder de 30 jaar wordt gegeven. Deze sociale begeleiding krijgen bij uitstek mannen, de WAO-ers en ongehuwden; huisvrouwen krijgen die juist niet. De huisvrouwen krijgen meer dan de andere patiënten relationele therapieën en assertiviteitstraining. Deze relationele therapie hangt overigens duidelijk samen met de aanwezigheid van een gezin: vooral de gehuwden worden daarmee behandeld. Psychotherapie blijft overwegend voorbehouden aan patiënten met een middelbare of hogere opleiding.
- Het doel van de behandeling is bij de categorie met een middelbare of hogere opleiding veel meer gericht op het toekomstige functioneren; bij de lager opgeleide patiënten wordt meer geprobeerd bij de patiënt zelf (intern) orde op zaken te stellen. Voor dit laatste komen volgens de hulpverleners ook meer de mannen dan de vrouwen in aanmerking; bij de vrouwen wordt het toekomstige functioneren meer benadrukt.
- Er bestaat uiteraard een sterke samenhang tussen het gehuwd zijn van de patiënt en het betrekken van de gezinsleden bij de behandeling; het gaat dan bovendien vaak om huisvrouwen. Zijn patiënten niet gehuwd of zijn ze gehuwd geweest, dan zijn het vooral de familieleden die bij de behandeling worden betrokken; daarvoor moeten deze patiënten dan echter wel langer dan zes maanden in het APZ verblijven. Het onderscheid in korter of langer dan zes maanden behandeld worden speelt geen rol bij het betrekken van gezinsleden bij de behandeling. Het is de vraag of en waarom bij patiënten zonder gezin het inschakelen van familieleden zo lang op zich moet laten wachten.

Met het vermelden van het belang van de behandelingsduur op een aantal aspecten van de behandeling zijn we aangeland bij een tweede groep variabelen die we relevant hebben geacht voor de beschrijving van hetgeen er met de intra-murale behandeling samenhangt: de diagnose, het al dan niet reeds eerder in een APZ opgenomen zijn en de duur van de behandeling (gemiddeld 9-12 maanden).

De duur van de behandeling is van belang voor de start en de inhoud van de behandeling:

- Zo blijkt dat de hulpverleners vooral een behandelplan zeggen af te spreken met patiënten die langer dan twee jaar in het APZ verblijven en niet met hen die korter dan twee maanden daar zijn. Volgens de hulpverleners zijn deze laatsten

ook niet gemotiveerd voor de behandeling: daarvoor moet iemand er minstens zes maanden zijn. Blijkbaar moet deze motivatie in het begin van de behandeling nog groeien, mogelijk parallel aan het toenemen van inzicht in de eigen problematiek. Met het groeien van dit inzicht krijgt een behandelplan ook pas een relevante functie.

- Wat betreft de inhoud van de behandeling is voortdurend te constateren dat alle therapie-vormen sterk samenhangen met een verblijf in het APZ van langere duur dan zes maanden: steeds treden bij deze categorie patiënten aspecten van behandeling naar voren, die niet aantoonbaar te isoleren zijn bij hen die korter in het APZ verbleven,.
- Ook de diagnose geeft enige verheldering inzake de intramurale behandeling. Zo blijkt de medicamenteuze therapie een sterk accent te hebben bij patiënten die met diagnose psychose worden opgenomen, terwijl psychotherapie en relationele therapie vooral toegepast worden bij patiënten die met de diagnose neurose worden opgenomen. Opmerkelijk is dat er een tendens is te signaleren in het betrekken van sociale relaties bij de behandeling: bij neurotici zijn dat vooral gezinsleden en bij psychotici vooral de familieleden. Nadere analyse levert als verklaring dat vooral psychotische patiënten ongehuwd of gehuwd geweest zijn.
- Een laatste variabele waarop we de aandacht willen vestigen is het al dan niet eerder opgenomen zijn geweest.

De veronderstelling was dat met de reeds eerder opgenomen patiënten eerder een behandelplan zal worden afgesproken en dat die patiënten ook gemotiveerder zouden zijn. Dat blijkt niet het geval. De enige verschillen tussen de voor het eerst en de reeds eerder opgenomen patiënten is gelegen in het feit dat vooral bij de voor het eerst opgenomen patiënten sprake is van assertiviteitstraining en ook wel van relationele therapie, terwijl voor de reeds eerder opgenomen patiënten vooral kenmerkend is het medicamenteuze aspect van hun behandeling. De verklaring hiervoor is naar alle waarschijnlijkheid gelegen enerzijds in het gegeven dat de reeds eerder opgenomen patiënten meer dan de andere categorie met de diagnose psychose worden opgenomen en anderzijds zoals we hierboven zagen in het sterk verband tussen psychose en medicamenteuze therapie.

## **5.2. De beoordeling van de intramurale behandeling en de ontslagsituatie**

### **5.2.1. De beoordeling door ex-patiënten en hulpverleners**

Er van uitgaande dat de intramurale behandeling een bijdrage levert aan de situatie na het ontslag, lijkt het relevant na te gaan hoe de ex-patiënten nu de behandeling in het APZ ervaren hebben. Uit overzicht 5.8 blijkt, dat het overgrote deel van de ondervraagde ex-patiënten (85%) de intramurale behandeling over het algemeen als (erg) nuttig heeft ervaren.



*Overzicht 5.8 — Hoe heeft de ex-patiënt over het algemeen de intramurale behandeling ervaren (in %)*

erg nuttig	31
nuttig	54
vrij nutteloos	12
volstrekt nutteloos	3
<b>totaal</b>	<b>100 (517)</b>

Het is evenwel de vraag of de positieve evaluatie door de ex-patiënten bij het ontslag afgegeven, ook stand houdt in de periode na het ontslag. Om dat te kunnen vaststellen, zijn we nagegaan hoe de categorie ex-patiënten die we drie maal konden interviewen (n=352) al dan niet van mening veranderd zijn in de zes maanden die volgden op het ontslag (overzicht 5.9). Daarbij dient men te bedenken dat hun uitspraken mogelijk een te optimistisch beeld geven daar een gedeelte van de uitval juist uit 'ontevreden ex-patiënten' zou kunnen bestaan.

*Overzicht 5.9 — Veranderingen in behandelbeoordeling door de ex-patiënt*

constant positief (erg nuttig + nuttig)	66	(223)
constant negatief (nutteloos)	2	(7)
verandering van positief naar negatief	19	(66)
verandering van negatief naar positief	4	(14)
geen verandering in één richting (wisselend positief of negatief)	9	(29)
<b>totaal</b>	<b>100</b>	<b>(340)</b>

Tweederde van de ex-patiënten blijkt constant positief over de behandeling. Zijn er wijzigingen dan blijken de achteraf-oordelen zich eerder in negatieve dan in positieve zin te wijzigen.

Ook aan de hulpverleners werd bij het ontslag van de ex-patiënt deze vraag gesteld: 81 procent van hen vond bij het ontslag dat 'hun' patiënt de behandeling als (erg) nuttig had ervaren. De hulpverleners uit de nazorg bestendigen deze indruk waarr 79 procent na drie maanden zegt dat 'hun' patiënt de behandeling in het APZ als (erg) nuttig heeft ervaren en 82 procent dat na zes maanden vermeldt.

Verder zegt 58 procent van de ex-patiënten dat de behandeling geheel en 21 procent dat deze gedeeltelijk bij hun probleem aansloot.

Als dat niet het geval was werden als belangrijkste redenen genoemd:

- de behandeling was niet op het echte probleem gericht (33%);
- een groot deel van de behandeling was zinloos (19%);
- men had meer contact of aandacht willen hebben (14%).

Als indicatoren voor de behandelingsevaluatie gelden ook vragen aan de ex-patiënten naar een eventuele verbetering en naar het kunnen omgaan met problemen.

De resultaten hiervan zijn:

- 89 procent acht zich op het ontslagmoment (sterk) verbeterd, waarbij met name wordt bedoeld op 'inzicht in zichzelf krijgen', 'tot rust komen', 'het leven weer aankunnen';
- 71 procent stelt dat ze voor de opname meer problemen hadden dan op het ontslagmoment (11 procent zegt overigens dat ze er voor de opname minder hadden!);
- 88 procent zegt tegen de meeste problemen na het ontslag te zijn opgewassen (het meest pessimistisch hierin zijn de verslaafden).

De overwegend positieve evaluatie van de ex-patiënten over de intramurale behandeling treffen we eveneens aan bij de hulpverleners. Immers ook zij zijn over het algemeen van oordeel dat de patiënten de intramurale behandeling als (erg) nuttig hebben ervaren. In overzicht 5.10 is de mate waarin ex-patiënten en hulpverleners in dit opzicht met elkaar overeenstemmen, geanalyseerd.

*Overzicht 5.10 — Mate van overeenstemming tussen ex-patiënten en hulpverleners inzake de beoordeling van de behandeling (in %)*

overeenstemming	+	+	patient en hulpverlener (erg) nuttig	73	(370)
	-	-	patient en hulpverlener (vrij) nutteloos	7	(34)
discrepancie	+	-	patient (erg) nuttig en hulpverlener (vrij) nutteloos	12	(60)
		+	patient (vrij) nutteloos en hulpverlener (erg) nuttig	8	(41)
totaal				100	(505)

Allereerst blijkt dat ten aanzien van de evaluatie van de behandeling 80 procent van ex-patiënten en hulpverleners het met elkaar eens te zijn. Daarnaast valt op dat bij 73 procent zowel de ex-patiënt als zijn hulpverlener de behandeling als (erg) nuttig betitelen; dit ondersteunt de reeds eerder signaleerde positieve evaluatie van (ex-)patiënten en hulpverleners. Deze positieve evaluatie wordt bovendien gesteund door de gegevens die na drie à zes maanden werden verzameld. Interessant is dat waar acht procent van de ex-patiënten de behandeling als (vrij) nutteloos heeft ervaren, 'hun' hulpverleners de behandeling wel (erg) nuttig vonden.

Dat slechte ervaringen met de behandeling ook door onmacht van de hulpverleners c.q. door overmachtsfactoren kunnen worden beïnvloed, zou kunnen worden afgeleid uit het gegeven dat 28 procent (n=139) van de (intramurale) hulpverleners meer begeleiding aan de ex-patiënten had willen geven als het mogelijk was geweest (van de ex-patiënten vond overigens slechts 18 procent dat zij niet voldoende aandacht hebben gehad).

### 5.2.2. Ontslagvoorbereiding en ontslag

Ontslagen worden uit een psychiatrisch ziekenhuis zou in de publieke opinie iets soortgelijks kunnen zijn als ontslagen worden uit een algemeen ziekenhuis: de patiënt is beter, mag naar huis, heeft nog enige tijd rust nodig, zonodig revalidatie en gaat vervolgens weer deelnemen aan het sociale verkeer. Voor louter somatische aandoeningen is een dergelijke denkwijze verklaarbaar; een defekt in het organisme is hersteld en na een zekere inlooperperiode gaat men er van uit dat de genezen patiënt weer volledig meedraait in het normale leven.

De overeenkomst tussen ontslagen worden uit een algemeen ziekenhuis en uit een psychiatrisch ziekenhuis is echter meer schijn dan werkelijkheid: er zijn aanmerkelijke verschillen.

Het ontslag uit het psychiatrisch ziekenhuis geldt voor de sociale omgeving meestal niet als 'bewijs' dat iemand niet meer psychisch gestoord zou zijn: de ex-psychiatrische patiënt wordt vaak veel minder vertrouwd ten aanzien van het vervullen van zijn normale rollen dan de somatische ex-patiënt.

Daarom is de professionele begeleiding van de ex-psychiatrische patiënten in het algemeen ook veel intensiever dan van somatische ex-patiënten. Maandenlange en zelfs jarenlange (overigens niet steeds even intensieve) begeleiding vanuit de AGGZ en ook wel (bijvoorbeeld poliklinisch) vanuit het APZ zelf, is eerder regel dan uitzondering.

Het ontslag uit een algemeen (somatisch) ziekenhuis wordt vaak synoniem geacht met het oplossen c.q. het onder controle-zijn van het opnameprobleem; zo'n ziekenhuis, heeft dan ook een 'reparatiefunctie'.

Bij een ontslag uit een APZ ligt dat anders: een diagnose tijdens de opname- c.q. observatieperiode, of zelfs daarvoor al gesteld, wijst wel in de richting van de opnameproblematiek, maar heeft daarmee niet de pretentie ook de oplossing gevonden te hebben. Het ontslag is dan ook veelal een poging om te gaan functioneren op sociaal aanvaardbaar niveau onder andere op basis van een bewustwordingsproces ten aanzien van de eigen problematiek. Deze bewustwording die bij de somatische patiënten vaak al vóór de opname in de klacht tot uitdrukking komt, is bij de psychiatrische patiënt vaak (een groot deel van) het eindresultaat van de behandeling, terwijl weinig patiënten en hulpverleners de illusie koesteren dat de problemen daarmee ook opgelost zijn. Het APZ is dan ook te beschouwen als een leerschool. Ontslagen worden uit een APZ is in werkelijkheid geen moment maar

eerder een proces wat zowel de directe voorbereiding op het functioneren buiten het APZ inhoudt, alsook het bij wijze van proef enkele malen voor kortere of langere tijd met verlof gaan. Er is natuurlijk wel het moment van het administratieve ontslag, hetgeen in feite inhoudt dat iemand 'geen bed meer in het ziekenhuis in beslag neemt'.

Met het ontslag wordt op de een of andere manier de intramurale behandeling beëindigd. Dit kan gebeuren in gemeenschappelijk overleg maar ook tegen het advies van de hulpverlener door de patiënt (omdat deze geen baat meer van de behandeling verwacht) of ook tegen de zin van de patiënt door de hulpverlener (omdat die volgens hem bijvoorbeeld niet in het APZ thuishoorde). Uit de onderzoeksgegevens blijkt dat volgens 90 procent van de ex-patiënten en volgens 88 procent van de hulpverleners de behandeling werd beëindigd in gemeenschappelijk overleg<sup>6</sup> over een gegeven dat (retrospectief) na drie maanden wordt bevestigd. Dit betekent niet dat de behandeling ook steeds werd afgemaakt (12 procent van de ex-patiënten was van mening dat hun behandeling voortijdig ophield) of dat patiënten zelf de datum van het ontslag (mee) kunnen bepalen (41 procent zegt dat dat niet het geval was, hetgeen betekent dat voorstellen daarover met name van de kant van de hulpverlener kwamen). Het betekent (voor een kleine groep) evenmin dat iedere behandeling bij afloop het gevoel oplevert dat men weer beter is en weer opgewassen tegen wat er gaat gebeuren (overzicht 5.11).

*Overzicht 5.11 — Heeft U nu (bij het ontslag) het gevoel weer beter te zijn, weer opgewassen tegen wat er met u gaat gebeuren? (in %)*

	%	abs.
ja, volledig	47	240
ja, zo ongeveer, afwachten	40	206
niet helemaal	10	49
helemaal niet	3	16
<b>totaal</b>	<b>100</b>	<b>511</b>

Bijna de helft (47%) van de ex-patiënten acht zich bij het ontslag volledig beter. Hun opvatting wordt gedifferentieerd wanneer bij verdere bestudering blijkt dat bij slechts de helft van deze (47%) ex-patiënten volgens hun hulpverleners het niveau van psycho-sociaal functioneren goed is te noemen. Daarmee kan niet worden gesteld dat het met de andere helft dan ook naar de beleving van de ex-patiënt slecht dient te gaan. Integendeel, van die ex-patiënten die zich volledig beter achtten, voelde 83 procent zich volgens hun hulpverleners wel goed.

Begint er na het ontslag nu ook iets nieuws voor de ontslagpatiënt?

Het ontslag is sociologisch de start van een nieuwe fase in de sociale carrière van de ex-patiënt, gezien de nieuwe sociale positie die hij op grond van het opgenomen geweest zijn, krijgt toegeschreven. Materieel hoeft dit geen totaal nieuwe situatie met zich mee te brengen. Van hen die werden opgenomen vanuit het ouderlijke gezin (14%) keert driekwart daarnaar weer terug, terwijl 18 procent van hen alleen gaat wonen.

Van hen die vanuit een eigen gezinssituatie werden opgenomen (38%) gaat bijna iedereen (92%) terug naar dat eigen gezin op een enkeling na die alleen gaat wonen. Van hen die bij de opname alleen woonden, keert eveneens bijna iedereen (85%) naar die situatie terug: een enkeling gaat naar het ouderlijke gezin of naar een pleeggezin. Veel veranderd is er dus niet in de woonsituatie. Opvallend is dat er wel een aantal ex-patiënten alleen gaan wonen terwijl ze eerst bij hun ouders woonden maar dat bijna geen alleen wonenden terecht komen in een sociaal milieu als pleeggezin of beschut wonen.

Dat er toch gesproken kan worden van een nieuwe situatie na het ontslag kan worden afgeleid uit het gegeven dat patiënten worden voorbereid op problemen die zich na het ontslag kunnen voordoen, dat er afspraken worden gemaakt hoe deze problemen te voorkomen of hoe er mee om te gaan en dat externe instanties worden ingeschakeld om ex-patiënten daarbij ter zijde te staan.

Volgens de hulpverleners werd 80 procent van de ex-patiënten voorbereid op eventuele problemen na het ontslag (volgens 52 procent zelfs specifiek op etikettering door de samenleving); slechts 39 procent van de ex-patiënten konstateert dit zelf ook. Een zekere discrepantie ligt dus voor de hand. Bestuderen we de paren dan blijkt uit het volgende overzicht (5.12) de eensgezindheid c.q. de discrepantie tussen hulpverleners en ex-patiënten.

*Overzicht 5.12 — Werd de patiënt voorbereid op eventuele problemen na het ontslag volgens hulpverleners en ex-patiënten (in %)*

overeenstemming	+	+	wel voorbereiding volgens hulpverlener en patient	37	(190)
	-	-	geen voorbereiding volgens hulpverlener en patient	12	(63)
discrepancie	+	-	wel volgens hulpverlener, niet volgens patient	44	(226)
	-	+	niet volgens hulpverlener, wel volgens patient	5	(26)
inconsistente informatie	+	?	wel volgens hulpverlener, patient weet het niet	1	(5)
	-	?	niet volgens hulpverlener, patient weet het niet	1	(5)
totaal				100	(515)

Bij bijna de helft van de gevallen blijkt op dit punt onenigheid te bestaan tussen hulpverleners en ex-patienten. Met name de hulpverleners zijn van oordeel dat ze de ex-patienten wel op eventuele problemen hebben voorbereid, terwijl de ex-patienten zeggen dat dat niet is gebeurd. Hierbij zij vermeld dat desgevraagd driekwart van de ex-patienten die stelden niet te zijn voorbereid, dat ook niet hadden gewild, omdat men daar de zin niet van in zag en 'problemen toch niet te voorspellen zijn'. Hoe lang waren de ex-patienten nu voor behandeling in het APZ opgenomen? In overzicht 5.13 is de betreffende verdeling weergegeven.

*Overzicht 5.13 — Behandelduur (in %)*

2 maanden	31 (162)
2-6 maanden	37 (192)
6 maanden tot 2 jaar	27 (137)
2 jaar	5 (26)
<b>totaal</b>	<b>100 (517)</b>

Opgemerkt dient hierbij dat volgens de PIGG-gegevens over dezelfde periode als de eerste gegevensverzameling, 80 procent van de patienten korter dan zes maanden was opgenomen, in ons onderzoek is dat 68 procent. De verklaring hiervoor ligt in het gegeven dat de PIGG-gegevens het aantal opnames registreren en niet het aantal opgenomen personen. De PIGG-gegevens bevatten derhalve dubbel getelde personen.

### 5.2.3 Afspraken voor de periode na het ontslag

Overgaan tot het ontslag van een psychiatrische patient betekent voor het psychiatrische ziekenhuis vaak dat men de begeleiding c.q. voortgezette behandeling uit handen geeft. Dan heeft het APZ vaak niet meer de mogelijkheid om na te gaan of de patient zich wel aan het noodzakelijk geachte behandelprogramma houdt om toch het bereikte behandelingseffect te behouden c.q. zo mogelijk nog te verbeteren. Om dat toch te bereiken wordt bij het ontslag een aantal concrete afspraken gemaakt tussen een of meer hulpverleners van het APZ en de ontslagpatient. Is er sprake van een verdere begeleiding c.q. nazorg door personen of instanties buiten het APZ, dan is het regel dat deze in ieder geval van deze afspraken via een ontslagbrief op de hoogte worden gesteld. Deze afspraken kunnen zowel betrekking hebben op hetgeen de patient na het ontslag zelf moet doen, zoals medicijnen nemen en op controle komen, maar ook op wat het psychiatrisch ziekenhuis c.q. de nazorg aan voortgezette behandeling nog kan aanbieden. Uit het volgende overzicht (5.14) blijkt welke afspraken volgens de ex-patient werden gemaakt.

*Overzicht 5.14 — Met welke afspraken werd volgens de ex-patiënt de behandeling beëindigd? (in %)*

ik moet medicijnen blijven innemen (inclusief injecties)	16	(82)
een andere hulpverlener begeleidt me verder	9	(46)
ik kom hier nog terug op controle	7	(37)
ik gebruik medicijnen en kom terug op controle	24	(125)
ik gebruik medicijnen en krijg een andere hulpverlener	24	(122)
ik gebruik medicijnen plus een andere hulpverlener en kom terug op controle	7	(35)
er zijn geen afspraken gemaakt	6	(32)
andere afspraken dan voornoemd	5	(26)
patient weet niet meer of en welke afspraken er gemaakt zijn	2	(11)
<b>totaal</b>	<b>100</b>	<b>(517)</b>

Zoals blijkt worden er bijna steeds afspraken gemaakt en bovendien betreft het bijna steeds het (blijven) gebruiken van medicijnen. Dit wordt bevestigd door een rechtstreekse vraag daarnaar ('Moet U nog medicijnen gebruiken'); deze levert bij 75 procent van de ontslagpatiënten een bevestigend antwoord op.

Omdat het vermoeden bestond, gezien het belang dat het APZ hecht aan het nakomen van deze afspraken, dat anderen met het toezicht daarop worden belast, is aan de hulpverleners gevraagd of 'familie c.q. huisgenoten op de hoogte waren gesteld van gemaakte afspraken, met het verzoek erop toe te zien dat ze worden nagekomen'. In meer dan de helft van de gevallen (56 procent) wordt deze vraag met 'ja' beantwoord. Het betreft daarbij bijna alle ex-patiënten die na het ontslag naar het eigen ouderlijk gezin vertrekken. Een analyse van de onderzoeksgegevens die over het nakomen van afspraken zijn verzameld drie en zes maanden na het ontslag, geeft als resultaat dat 79 procent van de ex-patiënten ondervraagd na zes maanden (n=352), stelt de gemaakte afspraken te zijn nagekomen (terwijl slechts 3 procent zegt dat niet te hebben gedaan). Van deze ex-patiënten geeft 12 procent de indruk het met het nakomen ervan niet altijd even nauw te hebben genomen. Waar 83 procent van de hulpverleners uit de nazorg stelt het met de door het APZ gemaakte afspraken eens te zijn, worden de ex-patiënten in ieder geval bij het nakomen ervan door de nazorg niet gehinderd, mogelijk zelfs gestimuleerd.

Het is de vraag of de ex-patiënten bij het nakomen van die afspraken ook tegen de meeste problemen zullen zijn opgewassen (overzicht 5.15). Het blijkt dat bijna 90 procent denkt dat wel te kunnen. Slechts in de helft van de gevallen zien echter zowel de ex-patiënt als zijn hulpverlener de toekomst met vertrouwen tegemoet. Ruim een kwart van de ex-patiënten is volgens hun hulpverlener in deze echter te optimistisch

gestemd; ook al zouden ze zich aan de afspraken houden dan nog zouden zij volgens de hulpverleners niet tegen de problemen zijn opgewassen.

*Overzicht 5.15 — Zijn ex-patiënten volgens henzelf in 'hun' hulpverleners opgewassen tegen problemen als ze de afspraken nakomen (in %)*

overeenstemming	+	+	wel opgewassen volgens hulpverlener en patiënt	57 (295)
	-	-	niet opgewassen volgens hulpverlener en patiënt	4 (20)
discrepancie	+	+	wel volgens hulpverlener, niet volgens patiënt	2 (10)
	-	+	niet volgens hulpverlener, wel volgens patiënt	27 (140)
inconsistente informatie	+	?	wel volgens hulpverlener, patiënt weet niet	0 (1)
	-	?	niet volgens hulpverlener, patiënt weet niet	4 (19)
	?	+	hulpverlener weet niet, wel volgens patiënt	5 (25)
	?	-	hulpverlener weet niet, niet volgens patiënt	1 (5)
totaal				100 (515)

De ex-patiënten hoeven de mogelijke problemen overigens niet zonder hulp tegemoet te treden: voor 93 procent van hen is immers nazorg geregeld.

#### **5.2.4. Het functioneren van de ex-patiënt op het ontslagmoment**

Een indruk inzake de maatschappelijke mogelijkheden die de ontslagpatiënt zichzelf toekent wordt gevormd door een aantal gegevens die betrekking hebben op het gevoel sociale relaties te kunnen creëren en te onderhouden c.q. de mogelijkheden die ex-patiënten hebben om (her-)integratie te bewerkstelligen.

Een indruk daarvan wordt gevormd door een aantal uitspraken waarmee de ontslagpatiënt het eens of oneens kan zijn, ofwel zijn onzekerheid daarover kenbaar kan maken.

Voortdurend blijkt dat ongeveer de helft van de ontslagpatiënten zich een positieve c.q. optimistische voorstelling maakt van hun mogelijkheid c.q. vaardigheid tot relatievorming.

Evenals in het voorafgaande blijkt ook hier dat de hulpverleners daar minder optimistisch over oordelen.

Overzicht 5.16 geeft deze discrepanties en overeenkomsten tussen ex-patiënt en hulpverlener weer.



*Overzicht 5.16 — Discrepanties en overeenkomsten (n=480) tussen patiënt en hulpverlener inzake uitspraken over relatiemogelijkheden van de patiënt (in %)*

	Discrepanties tussen hulpverlener en ex-patiënt		Overeenkomsten tussen hulpverlener en ex-patiënt		
	hulpverlener pessimistischer dan ex-patient	hulpverlener optimistischer dan ex-patient	beide positief	beide negatief	beide onzeker
ik heb vaak het gevoel er helemaal alleen voor te staan	32	18	28	20	2
echte vrienden zijn moeilijk te vinden	33	17	39	10	1
ik heb er veel moeite mee met andere mensen om te gaan	30	20	36	11	3
ik mis de contacten van vroeger	35	23	23	17	2
mijn kennissenkring is niet groot genoeg	31	15	14	37	3
ik heb wel eens het gevoel er niet meer bij te horen	42	14	21	20	3

In ongeveer 30 procent van de gevallen is de hulpverlener pessimistischer dan de ex-patiënt inzake de relatievorming; in ongeveer 20 procent van de gevallen is de hulpverlener optimistischer terwijl beide in ongeveer 50 procent van de gevallen het met elkaar eens zijn.

Met deze zes uitspraken hebben we een additieve schaal voor maatschappelijke weerbaarheid geconstrueerd. Deze Likertschaal is opgebouwd uit vijf van de zes uitspraken die blijkens de analyse inderdaad naar een achterliggend concept verwijzen. Deze vijf uitspraken zijn:

- Ik heb vaak het gevoel er alleen voor te staan
- Echte vrienden zijn moeilijk te vinden
- Ik mis de contacten van vroeger
- Mijn kennissenkring is niet groot genoeg
- Ik heb wel eens het gevoel er niet meer bij te horen.

Deze schaal blijkt voor alle drie de interviewmomenten een betrouwbaar meetinstrument te zijn. Hoe weerbaar ex-patiënten zijn bij het ontslag blijkt uit overzicht 5.17.

*Overzicht 5.17 — Maatschappelijke weerbaarheid door de ex-patiënten aan zichzelf toegekend op het ontslagmoment (in %)*

zeer weerbaar	9 (44)
weerbaar	43 (216)
weinig weerbaar	35 (179)
nauwelyks weerbaar	13 (68)
totaal	100 (507)

Bijna de helft van de ex-patiënten kent zichzelf een (zeer) geringe mate van maatschappelijke weerbaarheid toe.

Dat de hulpverleners van deze ex-patiënten op het ontslagmoment evenmin en zelfs nog minder positief gestemd zijn over de toestand van 'hun' ex-patiënten, blijkt als we hun opvatting voorzover zij zich daarover uitspraken, in verband brengen met de opvatting van de ex-patiënten zelf (overzicht 5.18).

*Overzicht 5.18 — Maatschappelijke weerbaarheid op het ontslagmoment volgens ex-patiënten en hun hulpverleners (in %)*

		Hulpverleners over de maatschappelijke weerbaarheid van 'hun' ex-patiënten				
		zeer weerbaar	weerbaar	weinig weerbaar	nauwelyks weerbaar	totaal
ex-patiënten	zeer weerbaar	2 (7)	4 (15)	3 (13)	1 (4)	10 (39)
over hun	weerbaar	2 (6)	18 (73)	18 (71)	5 (21)	42 (171)
eigen weer-	weinig weerbaar	1 (2)	8 (34)	17 (70)	10 (40)	36 (146)
baarheid	nauwelyks weerbaar	0 (0)	2 (7)	5 (21)	5 (22)	12 (50)
totaal		4 (15)	32 (129)	43 (175)	21 (87)	100 (406)

Uit het overzicht blijkt allereerst dat ook volgens de hulpverleners bijna niemand van hun ex-patiënten bij het ontslag aanspraak kan maken op het predicaat 'zeer weerbaar' en hoewel 10 procent van de ex-patiënten op basis van hun eigen uitspraken weerbaar genoemd zou kunnen worden, is dat volgens hun hulpverleners 'slechts' bij 4 procent het geval en zijn ze het slechts in 2 procent van de gevallen daarover met elkaar eens.

In zijn geheel blijkt dat in 63 procent van de gevallen ex-patiënten en hulpverleners het in grote lijnen met elkaar eens zijn over de mate waarin ex-patiënten bij het ontslag maatschappelijk weerbaar zijn: Voor 20 procent zijn beide het erover eens dat er wel en voor 37 procent dat er geen sprake is van een bepaalde mate van weerbaarheid. In de rest van de gevallen bestaat er tussen hen onenigheid daarover; in 41 procent van de gevallen is de hulpverlener minder optimistisch dan de ex-patiënten zelf, in 17 procent van de gevallen is de hulpverlener (nog) optimistischer dan de ex-patiënten zelf.

Volgen we de ex-patiënten op het punt van deze maatschappelijke weerbaarheid in de periode volgend op het ontslag, dan blijft nagenoeg hetzelfde beeld bestaan (overzicht 5.19).

*Overzicht 5.19 — Maatschappelijke weerbaarheid bij ontslag, na drie maanden op basis van vijf uitspraken van de ex-patiënten betrokken bij drie meetmomenten*

	bij ontslag	na 3 maanden	na 6 maanden
zeer weerbaar	9 (32)	8 (28)	9 (32)
weerbaar	42 (145)	43 (148)	44 (156)
weinig weerbaar	35 (119)	37 (127)	30 (104)
nauwelyks weerbaar	14 (48)	12 (43)	17 (60)
<b>totaal</b>	<b>100 (344)</b>	<b>100 (344)</b>	<b>100 (352)</b>
Cronbach's alpha	0.67	0.70	0.75

### **5.2.5. Bivariate verbanden tussen de kenmerken van de ex-patiënten en de indicatoren betreffende de behandel-evaluatie en de ontslagsituatie**

Wanneer we nu nagaan of de evaluatie van de intramurale behandeling met name voor bepaalde categorieën ex-patiënten geldt, dan kunnen we het volgende constateren (bijlage 5.3).

- Het minst positief gestemd over de behandeling bleken de jongeren onder de 30 jaar te zijn en de patiënten die afhankelijk zijn van de WAO- of WW-uitkering. Positief gestemd zijn vooral de ex-patiënten voor wie als beroep huisvrouw is geregistreerd en voor de patiënten die tussen de 30 en 45 jaar oud zijn.
- Ondersteuning voor de bovenstaande categorieën wordt gevonden in het gegeven dat volgens de hulpverleners met name de vrouwen en de gehuwde ex-patiënt bij het ontslag een (zeer) goed niveau bezitten van psycho-sociaal

functioneren, terwijl dat juist voor de jongeren onder de 30 jaar door hun hulpverleners als (zeer) slecht wordt gekwalificeerd.

- Verschilt de beoordeling van de behandeling door de ex-patiënten nu nog naar hun ervaring met een eerdere opname, naar de duur van de behandeling of naar de diagnose waarmee ze werden opgenomen?

Noch door de ex-patiënt, noch van diens hulpverlener wordt voor één van de drie onderscheiden diagnoses een betere beoordeling gegeven; naar diagnose bestaat er geen verschil.

Dit geldt evenzeer voor het al dan niet eerder al eens opgenomen zijn geweest. Voor de duur van de behandeling ligt dat anders; varieert de behandelingsevaluatie van de hulpverleners niet met de duur van de behandeling, bij de ex-patiënten is dat wel het geval. Bij hen moet de behandeling minstens twee maanden geduurd hebben, willen ze zich voorbereid voelen op komende problemen en met name blijken ex-patiënten die langer dan zes maanden werden behandeld de behandeling (erg) nuttig te hebben gevonden.

- Kijken we nu naar de toestand van de ex-patiënt bij het ontslag dan wordt het uit het voorgaande opkomende idee dat behandelen tijd vraagt, gesteund doordat zij die korter dan twee maanden werden behandeld naar de beoordeling van de hulpverleners slechts in geringe mate maatschappelijk weerbaar geacht kunnen worden. Er is een tendens aanwijsbaar dat vooral zij die voor het eerst werden opgenomen, naar de mening van de hulpverleners het meest weerbaar zijn.

Tot slot dient vermeld te worden dat met name de ex-patiënten die met de diagnose psychose werden opgenomen, bij het ontslag het gevoel hebben beter te zijn. Naar hun eigen idee hebben zij ook juist de behandeling volledig afgemaakt.

- Een laatste vraag is of de ontslagsituatie en wat daarop volgt verschillen vertoont naar categorieën patiënten. De veronderstelling ligt voor de hand dat gehuwde ex-patiënten naar hun gezin terugkeren. Dat blijkt ook inderdaad het geval te zijn; dit geldt ook voor ex-patiënten die korter dan zes maanden waren opgenomen. Waren ex-patiënten langer opgenomen dan zeggen zij niet (meer) naar huis terug te gaan.

Voorals mannen gaan (opnieuw) alleen wonen (al dan niet in pension of kosthuis) evenals WAO'ers c.q. WW'ers en uiteraard de ongehuwden.

Verder blijkt uit de gegevens dat vooral de jongeren onder de 30 jaar zeggen dat ze de behandeling niet hebben afgemaakt, evenals zij die minder dan twee maanden waren opgenomen.

Met name zij die minimaal zes maanden waren opgenomen, stellen dat ze de behandeling hebben afgemaakt evenals de ouderen boven de 45 jaar.

Opmerkelijk is tenslotte dat met name mannen nogal eens tegen hun zin met ontslag worden gestuurd en vrouwen juist niet; die gaan juist met ontslag tegen het advies van de hulpverlener in.

Tenslotte blijkt dat vooral bij psychotici de huisgenoten worden gevraagd erop toe te zien dat de ex-patiënt de gemaakte afspraken nakomt. Dat geldt ook voor hen die al eerder waren opgenomen en voor hen die tussen twee en zes maanden in het APZ verbleven.

### 5.3. Samenvatting

We hebben de intramurale behandeling beschreven als het bieden van een onderkomen aan mensen met psychisch gestoord gedrag alsook het systematisch verlenen van hulp ter herwinning van het oude evenwicht met uitzicht op ontslag. Aangezien het hier een onderzoek betreft naar de situatie van ex-patiënten, hebben we vooral die behandelingsfacetten benadrukt die voorbereiden op het ontslag.

De systematiek van deze voorbereiding kan neergelegd zijn in een behandelplan. In de nieuwe wet BOPZ zal naar alle waarschijnlijkheid het behandelplan c.q. behandelcontract een belangrijke plaats innemen. Zo'n plan of contract bestaat blijkbaar vaker in de idee van de hulpverleners (88%) dan van de ex-patiënten (36%). De overeenstemming daarover was in ieder geval met 33 procent niet groot. Het gegeven dat gelijktijdig 55 procent van de hulpverleners het bestaan van een dergelijk plan c.q. contract signaleert, terwijl de ex-patiënt het bestaan ervan ontkent of er niet van op de hoogte is, geeft te denken ten aanzien van het nut van een dergelijke overeenkomst.

Voor het meebeslissen in de behandeling blijken medicijnen al dan niet gecombineerd met (activerende) therapieën de belangrijkste onderdelen te vormen van het behandelprogramma. Slechts bij 5 procent van de ex-patiënten werden er alleen maar medicijnen verstrekt, terwijl nagenoeg geen enkele ex-patiënt zonder medicijnen in het APZ verbleef.

Het doel dat met de behandeling wordt nagestreefd was vaak moeilijk onder woorden te brengen. Een verschil tussen ex-patiënten en hulpverleners inzake deze vraagstelling, lijkt op het eerste gezicht wel aanwijsbaar: de ex-patiënten zien het doel bereikt als ze 'beter zijn', als ze 'bij zichzelf orde op zaken hebben gesteld', ze wijzen niet direct op het toekomstige functioneren terwijl de hulpverleners juist dat naar hun zeggen willen bereiken met de behandeling.

De wenselijkheid van het betrekken van sociale relaties bij de behandeling wordt in het kader van 'systeembehandeling' de laatste jaren sterk onderschreven. Dat betekent dan wel dat patiënten sociale relaties moeten hebben en bovendien dat deze relaties betrokken willen zijn (of mogen zijn) bij de behandeling. We constateerden dat er bijna steeds (91%) sprake lijkt van een mogelijkheid daartoe omdat bijna alle ex-patiënten volgens de hulpverleners ook bezoek krijgen. Over de vraag of ze bij de behandeling werden betrokken bestaat een (klein) verschil (10%) van mening tussen ex-patiënten en hulpverleners. Bij 54 procent van hulpverleners en patiënten zijn beide het erover eens dat het wel gebeurde. Als het niet gebeurde was dat volgens de hulpverleners vooral omdat de patiënt het zelf niet wilde of omdat de relaties het niet

aandurfden. (Het betreft overigens bijna steeds (huwelijks)partners, gezins- of familieleden).

Als het wel gebeurde had het volgens nagenoeg alle ex-patiënten ook resultaat. Volstrekt oneens over het betrekken van sociale relaties bij de behandeling is 12 procent van de ex-patiënten het met 'hun' hulpverleners: deze laatste signaleren wel dat die bij de behandeling betrokken worden terwijl de ex-patiënten dit ontkennen. Concluderend kunnen we stellen dat bij een ruime meerderheid blijkt wel sociale relaties in de behandeling werden betrokken en dat dit nog meer het geval zou zijn geweest als patiënten dit hadden toegestaan of de relaties zelf dit hadden aangedurfd. De inhoud van deze betrokkenheid overstijgt overigens bijna nooit het niveau van de informatieuitwisseling.

Ten aanzien van de ervaringen met de behandeling blijkt dat een zeer hoog percentage van de ex-patiënten deze positief beoordeelt en een gunstige indruk daarvan heeft. Waar 85 procent van de ex-patiënten de behandeling als (erg) nuttig heeft ervaren, 89 procent zegt dat de behandeling geheel of gedeeltelijk bij hun problemen aansloot en eenzelfde percentage zich op het ontslagmoment (sterk) verbeterd voelde, rijst de vraag of deze beoordeling op andere manieren bevestigd kan worden. Welnu, een extra indicatie is dat ook 81 procent van de hulpverleners positief oordeelt. Ex-patiënten verschillen ook van de hulpverleners; zo stelt 12 procent van de patiënten de behandeling als (erg) nuttig te hebben ervaren terwijl gelijktijdig 'hun' hulpverleners dezelfde behandeling (vrij) nutteloos vonden. Van belang is ook dat na een half jaar 19 procent van de 'tevreden' ex-patiënten de behandeling alsnog (vrij) nutteloos is gaan vinden, terwijl 66 procent van de ex-patiënten tevreden bleef.

Ook de andere indicatoren (zoals 'acht u zich verbeterd', 'bent u tegen de meeste problemen opgewassen') wijzen in de richting van een positieve behandelbeoordeling, daarbij gesteund door intra- en extra-murale hulpverleners.

Aparte vermelding verdient het onderzoeksresultaat inzake de maatschappelijke weerbaarheid van de ex-patiënt zoals deze uit de schaalconstructie op basis van een vijftal uitspraken kan worden afgeleid. De helft van de ex-patiënten kan maatschappelijk weerbaar worden genoemd, een beeld dat over de drie meetmomenten heen gehandhaafd blijft. In een kwart van de gevallen delen de hulpverleners het positieve beeld van de ex-patiënten; voor een kwart delen ze de positieve inschatting van de ex-patiënten niet en zijn ze duidelijk pessimistischer gestemd.

Inzake de behandelduur kan worden geconstateerd dat één op de drie ex-patiënten korter dan twee maanden en twee op de drie korter dan een half jaar in het APZ was opgenomen. Slechts één op de twintig was langer dan twee jaar opgenomen.

Met het ontslag wordt de ex-patiënt geconfronteerd met een nieuwe situatie; soms is dat 'nolens volens', zoals ook de opname niet steeds vrijwillig was. Het percentage ex-patiënten dat onvrijwillig vertrok was met twee procent zeer gering; iets hoger het percentage dat tegen het advies van de hulpverlener vertrok (9%). Over het algemeen

keren de ex-patiënten terug naar de situatie waar ze vandaan kwamen: een zekere continuïteit is op dit punt dus constateerbaar. Toch is er een nieuwe situatie omdat de mogelijkheid van (nieuwe) problemen (zoals etikettering) niet wordt uitgesloten. Ten aanzien van de voorbereiding daarop bestaat tussen ex-patiënten en hulpverleners een forse discrepantie: slechts 37 procent van de 'paren' is het erover eens dat van een dergelijke voorbereiding inderdaad gesproken kan worden. In 44 procent van de gevallen ontkent de ex-patiënt een dergelijke voorbereiding, terwijl de hulpverlener die wel aanwezig achtte. De ex-patiënt-situatie wordt ook gekenmerkt door het feit dat met iedere ex-patiënt afspraken worden gemaakt vooral inzake het gebruik van medicijnen, terwijl nagenoeg steeds huisgenoten en/of directe sociale relaties wordt gevraagd erop toe te zien dat de ex-patiënt deze afspraken nakomt. (Van de ex-patiënten zegt 79 procent na zes maanden (n=352) deze afspraken ook nagekomen te zijn). De verwachting dat als men zich aan de afspraken houdt, men dan ook tegen de meeste problemen zal zijn opgewassen, levert een verschil van mening op tussen ex-patiënt en hulpverlener: in 39 procent van de gevallen is men het niet met elkaar eens, waarbij in 32 procent van de gevallen de ex-patiënt een positieve verwachting heeft tegen de hulpverlener een negatieve.

Onze globale indruk is dat we gezien de positieve intramurale behandelingsevaluatie van zowel ex-patiënt als hulpverlener, gecombineerd met de optimistische toekomstvisie van de ex-patiënten, de overwegend positieve kijk van de hulpverleners op hun psycho-sociaal functioneren, de periode volgend op het ontslag met optimisme tegemoet mogen zien. Dit temeer daar bij de behandeling vaak sociale relaties worden betrokken, er met nagenoeg iedereen afspraken werden gemaakt (op de naleving waarvan anderen zullen toezien) en er bij nagenoeg iedereen (professionele) ondersteuning vanuit de nazorg is geregeld.

De onderzoeksgegevens hebben we geprobeerd verder inzichtelijk te maken via een aantal demografische kenmerken. Wat betreft de behandeling blijkt op de eerste plaats de leeftijd van belang te zijn.

De categorie ex-patiënten onder de 30 jaar is niet gemotiveerd voor de behandeling, zij beoordelen deze ook negatief, terwijl de categorie tussen 30 en 45 jaar juist wel gemotiveerd is en de behandeling ook positief beoordeelt. Zij beslissen ook mee in de behandeling, terwijl ze als ze ouder zijn dan 45 jaar vinden dat ze niets te zeggen hebben over de behandeling. Als ze ouder zijn dan 45 jaar worden ze ook vooral medicamenteus behandeld, terwijl de patiënten jonger dan 30 jaar een vorm van sociale begeleiding krijgen.

Volgens de hulpverleners is het niveau van psycho-sociaal functioneren van deze jongeren bovendien matig. Het beeld wordt gecompleteerd door het gegeven dat juist de jongeren ( $\leq 30$ ) de behandeling hebben afgebroken. Zij die afhankelijk zijn van WAO-/WW-/AWW-uitkering vertonen in grote lijnen dezelfde genoemde negatieve trekken als de jongeren ( $\leq 30$  jaar).

Op een aantal aspecten van de behandeling is er ook een verschil tussen mannen en vrouwen.

Vrouwen en met name huisvrouwen krijgen meer dan de andere ex-patiënten assertiviteitstraining en relationele therapie. Dit hangt samen met het gegeven dat de mannen relatief vaker ongehuwd zijn. Bij de behandeling van vrouwen worden relatief ook veel vaker dan bij mannen partners en familieleden betrokken en deze worden ook verzocht erop toe te zien dat ze hun afspraken nakomen. Het doel van hun behandeling is ook veel meer gericht op toekomstig sociaal functioneren dan bij mannen waar geprobeerd wordt eerst bij de patiënt zelf orde op zaken te stellen. Volgens de hulpverleners is het niveau van psycho-sociaal functioneren op het ontslagmoment van vrouwen beter dan dat van mannen.

Inzake de opleiding dient een opmerking te worden gemaakt: psychotherapie blijft voorbehouden aan ex-patiënten met een middelbare of hogere opleiding.

Verder onderscheid is tevens te merken aan de hand van de behandelduur.

Patiënten die langer dan zes maanden werden behandeld

- zijn volgens de hulpverleners bij uitstek gemotiveerd;
- worden vooral gericht therapeutisch begeleid;
- beoordelen de behandeling vooral als nuttig;
- zij gaan overigens relatief vaker niet terug naar de (thuis)situatie die voor de opname bestond.

Patiënten die korter dan twee maanden werden behandeld

- hebben de behandeling vaker niet afgemaakt;
- er wordt met hen ook geen behandelplan afgesproken volgens de hulpverleners;
- voelen zich niet voorbereid op komende problemen;
- zijn volgens hun hulpverleners slechts in geringe mate maatschappelijk weerbaar.

Ook aan de hand van de diagnose zijn er typering van de ex-patiënten te maken. Ex-patiënten die met de diagnose psychose waren opgenomen onderscheiden zich van de andere ex-patiënten in een aantal opzichten:

- hun behandeling is vaak sterk medicamenteus van karakter, terwijl relationele therapieën in mindere mate aan bod komen dan bij de andere ex-patiënten;
- zij zijn met name zeer optimistisch ten aanzien van hun functioneren na het ontslag: hebben het gevoel weer helemaal beter te zijn;
- zij hebben (mogelijk hoort dit bij dat gevoel) de behandeling ook volledig afgemaakt;
- juist bij hen wordt de familie gevraagd erop toe te zien dat ze zich aan de afspraken zullen houden.

De ex-patiënten die indertijd met de diagnose neurose werden opgenomen, onderscheiden zich van de anderen in een aantal andere aspecten:

- hun behandeling steunt meer op relationele therapie en assertiviteitstraining;
- bij hen worden al vrij snel gezinsleden bij de behandeling betrokken, terwijl deze



duidelijk minder frequent dan bij de psychotici gevraagd worden er op toe te zien dat de ex-patiënt zich houdt aan de afspraken;

- zij zijn vaker door de psychotici voortijdig met de behandeling gestopt;
- ze hebben ook het gevoel niet helemaal of helemaal niet beter te zijn.

Tenslotte is ook nagegaan of er verschillen aanwijsbaar zijn tussen hen die voor (de eerste keer of reeds eerder) in een APZ verbleven.

De voor het eerst opgenomen patiënten:

- verblijven tussen negen en twaalf maanden in het APZ;
- hun behandeling berust minder op medicijnen en meer op relationele therapieën en assertiviteitstraining;
- volgens hun hulpverleners zijn zij ook maatschappelijk veel weerbaarder dan de reeds eerder opgenomen ex-patiënten;
- hun huisgenoten wordt niet gevraagd er op toe te zien dat ze hun afspraken nakomen; dat gebeurt wel bij de reeds eerder opgenomen ex-patiënten.

Het geheel overziende lijkt de categorie waarover we het meeste optimistisch mogen zijn te bestaan uit:

- nog niet eerder opgenomen gehuwde patiënten;
- met minimaal een middelbare opleiding;
- met als diagnose neurose;
- met gezinsleden die betrokken kunnen en willen worden in de behandeling;
- in de leeftijd van 30-45 jaar;
- van het vrouwelijke geslacht;
- met als beroep huisvrouw.



### *Inleiding*

Het is de vraag of de optimistische kijk van het merendeel van de ontslagpatiënten ten aanzien van hun toekomstig functioneren door de werkelijkheid bewaarheid zal worden. De aard van de situatie die zij aantreffen alsmede de hulp waarop zij, indien nodig, een beroep kunnen doen, zijn daarbij belangrijke factoren.

In dit hoofdstuk willen we de ex-patiënt-fase beschrijven als onderdeel van de carrière van de patiënt. Zoals in hoofdstuk 1 betoogd, gaat deze nu een leven in, met een nieuwe, niet zelf gekozen, maar veelal toegewezen sociale identiteit die gekarakteriseerd wordt door een dubbele handicap.

De onderzoeksgegevens die we voor de beschrijving gebruiken zijn verzameld drie à vier en zes à acht maanden na het ontslag. Daar we ook de niet vervulde verwachtingen c.q. frustraties als typerend voor de ex-patiënt-fase beschouwen, zullen we deze ook voor de beschrijving van deze fase gebruiken.

Het hoofdstuk is als volgt ingedeeld. Allereerst willen we een indruk geven van de situatie waarin de ex-patiënt terecht komt c.q. het sociale klimaat (paragraaf 6.1). Vervolgens zullen we beschrijven wat de ex-patiënt als problematisch ervaart na het ontslag. In hoofdstuk 1 hebben we gewezen op het onderscheid tussen een eerste en een extra-handicap: de eerste handicap wordt hier beschreven als de verzameling problemen en problematische situaties die niet direct zijn te herleiden tot etikettering en stigmatisering. Deze laatste mechanismen beschouwen we als extra-handicap. Daartoe rekenen we ook het feit dat ex-patiënten vaak enige tijd na het ontslag met een of meerdere inzinkingen te kampen krijgen, welke te beschouwen zijn als resultaat van het optreden van beide handicaps (paragraaf 6.2). Aan het slot van het hoofdstuk wordt een poging gedaan de vraag te beantwoorden of er in zes maanden volgend op het ontslag bij een aantal ex-patiënten nu wel of niet van een zekere vooruitgang in functioneren gesproken kan worden vergeleken met het moment van de opname in het APZ (paragraaf 6.3).

## **6.1. Situatie na het ontslag**

### **6.1.1. Inleiding**

We hebben reeds aangegeven in het voorafgaande hoofdstuk dat de meeste ex-patiënten met optimistische gevoelens het APZ weer verlaten, hoewel ze zich, in tegenstelling tot de opvatting van de hulpverleners, voor een groot deel niet voelen voorbereid op eventuele problemen. Bovendien hebben we aangegeven dat nagenoeg iedereen terug gaat naar het eigen gezin en het ouderlijk huis. Degenen die niet 'naar huis gaan', zijn over het algemeen jonger dan 25, (niet verwonderlijk) ongehuwd en het zijn degenen die langer dan zes maanden opgenomen waren geweest.

Het verwisselen van het APZ voor een woonsituatie buiten het APZ<sup>1</sup> kan voor de ex-patiënt gepaard gaan met een bepaalde onzekerheid ten aanzien van de houding die sociale relaties gaan innemen. Een onzekerheid die gevoed kan worden door het feit dat deze wisseling vaak een hervatting betekent van het dagelijkse contact met mensen die indertijd aan de opname in het APZ ('het inleveren, afleveren, insturen') hebben bijgedragen. Ook de vrees voor mogelijke etikettering speelt hierbij een rol, soms zelfs zodanig dat men de opname in het APZ probeert te verbergen; voor hen (meer dan de helft) die reeds eerder één of meerdere keren waren opgenomen, is dit laatste uiteraard veel moeilijker. Het is overigens niet onvoorstelbaar dat als onderdeel van de intramurale behandeling patiënten wordt duidelijk gemaakt dat ze over hun opname en verblijf in het APZ niet geheimzinnig hoeven te doen. Ondanks dit kunnen de ex-patiënten toch nog geconfronteerd worden met het gegeven dat onverwacht meer personen uit de directe sociale omgeving achteraf toch op de hoogte bleken te zijn van hun verblijf in het APZ; dit blijkt drie maanden na het ontslag, bij een vijfde inderdaad ook zo te zijn.

### **6.1.2. Leef- en woonsituatie**

Op de vraag wie er allemaal van de familie en vrienden op de hoogte waren van de opname, antwoordt bijna tweederde van de patiënten dat naar hun idee iedereen, en 10 procent dat sommigen van de familie van de opname afwisten. Gezien de beperking van de vraag tot directe relaties moet dit 'iedereen' niet geïnterpreteerd worden alsof veel mensen op de hoogte waren; het gaat hier waarschijnlijk eerder om een beperkte kring van vertrouwden.

Als familieleden en vrienden niets van het feit van de opname afwisten dan waren de belangrijkste redenen daarvoor volgens de ex-patiënten:

- dat zijzelf nauwelijks contact hadden met mensen uit de familie- of vriendenkring;
- dat deze mensen niets met de opname te maken hadden;
- en ook wel omdat men bang is voor de een of andere vorm van stigmatisering.

Het gegeven dat familieleden en/of vrienden van de opname afwisten geeft op zich geen directe aanleiding om daar een negatieve inhoud aan te geven. Integendeel, gevraagd naar de wijze waarop familieleden en vrienden lieten merken dat ze van de opname afwisten, worden door tweederde van de ex-patiënten positieve zaken genoemd als:

- ze waren positief geïnteresseerd;
- ze kwamen op bezoek;
- ze gaven hulp waar nodig.

Van de ex-patiënten noemt een vijfde reacties die als negatief zijn te kwalificeren, zoals:

- het contact werd slechter of werd verbroken;
- ongewenste of overmatige bezorgdheid.

Daarnaast stelt een op de tien ex-patiënten dat familie en vrienden lieten merken op de hoogte te zijn, doordat ze meenden te moeten verklaren dat ze de opname een goede zaak vonden.

Bij het ontslag verwachtte overigens een kwart dat de contacten met vroegere sociale relaties zouden veranderen; nog niet de helft denkt hierbij aan een negatieve verandering.

Als we na drie maanden nagaan in hoeverre verwachte veranderingen in positieve of negatieve zin op dit punt ook gevolgd zijn door positieve of negatieve ervaringen, dan blijkt dat de ervaringen bijna nooit een tegenvaller en vaker een meevaller inhouden. Als er al tegenvallers zijn dan vinden die niet plaats in de contacten met familieleden, maar vooral in de contacten met vrienden en kennissen.

Dat tenslotte volgens één op de tien ex-patiënten hun (directe) familieleden liever hadden gehad dat het ontslag later zou hebben plaatsgevonden, is niet onaanzienlijk en niet onbelangrijk voor het klimaat en de opvang waarmee de ex-patiënten worden geconfronteerd.

### **6.1.3. Werksituatie**

Een bijzonder en zeer belangrijk onderdeel van de situatie buiten het APZ wordt gevormd door het al dan niet aanwezig zijn van een mogelijkheid weer in het arbeidsproces te worden ingeschakeld. Het gaat hierbij zoals ook bij niet ex-patiënten niet alleen om het hebben van werk als bron van inkomen, maar het gaat daarbij ook om de mogelijkheid tot zelfontplooiing en tot het creëren en onderhouden van sociale relaties. Geen werk hebben creëert vaak het gevoel van 'er niet meer bijhoren' en resulteert in het geval van een arbeidsongeschiktheidsverklaring 'ad inferiorem' soms in het idee van ten onrechte afgeschreven zijn. Het weer aan de slag kunnen na het ontslag uit een APZ wordt daarentegen soms ervaren als een soort 'vertrouwensvotum' door de samenleving afgegeven aan de ex-psychiatrische patiënt ten aanzien van diens sociaal functioneren.

Het een en ander is uiteraard afhankelijk van de werksituatie vóór de opname en van

de vraag of men al dan niet hetzelfde werk terugkrijgt als men na het ontslag nog werk krijgt.

Hoe de situatie was vóór de opname blijkt uit het volgende overzicht (6.1).

*Overzicht 6.1 — Arbeidssituatie vóór de opname (in %)*

wel werk	47 (231)
huisvrouw	26 (134)
WAO/AAW/RWW	15 (80)
zonder werk	4 (28)
gepensioneerd	3 (17)
ziektewet	2 (14)
studerend	3 (16)
<hr/>	
totaal	100 (517)
<hr/>	

Overigens voelt eenderde van de WAO-ers zich niet arbeidsongeschikt. Van hen die werk hadden (buitenshuis) denkt bijna de helft (52%) terug te komen in dezelfde werksituatie en van deze groep is driekwart ervan overtuigd dat ze zelfs hetzelfde werk zullen terug krijgen<sup>2</sup>.

Had men vóór de opname werk dan blijkt dat de kans veel groter is dat men na het ontslag uit het APZ weer in het arbeidsproces wordt ingeschakeld: driekwart van hen die vóór de opname werk had, had drie of zes maanden na het ontslag ook weer werk, eenkwart daarvan evenwel niet hetzelfde werk.

Overigens is ook eenkwart zijn werk kwijtgeraakt en heeft 12 procent binnen zes maanden wel werk gekregen, terwijl ze vóór de opname geen werk hadden (overzicht 6.2).

Zoals blijkt is bijna de helft in de zes maanden na de opname zijn werk kwijtgeraakt (categorie 2 + 4) (een tendens in die richting was al na drie maanden te constateren). Drie maanden na het ontslag had 4 procent geen werk meer, maar na zes maanden weer wel (categorie 3). We hadden verwacht dat de groep die na drie en/of zes maanden (buitenshuis) werk zou hebben alleen afkomstig zou zijn uit de groep die vóór de opname al werk hadden. Dat blijkt niet het geval te zijn; 9 procent (categorie 5 en 7) had na drie en/of zes maanden toch werk en nog eens 3 procent had na zes maanden opnieuw geen werk (categorie 6). Dat betekent dat 1/4 van hen die voor de opname geen werk hadden na het ontslag toch weer in het arbeidsproces voor enige tijd was opgenomen.

Met de wijzigingen in de werksituatie loopt parallel het gegeven dat het aantal ex-patiënten dat bij de opname in de WAO was (15 procent (n=78)), na zes

**Overzicht 6.2 — Feitelijk werksituatie vóór de opname en na het ontslag (n=307)**

	Werk voor de opname	Nog (weer) werk 3 à 4 maanden na het ontslag	Nog (weer) werk 6 à 8 maanden na het ontslag	%	N
1	ja	ja	ja	22	(67)
2	ja	ja	nee	5	(15)
3	ja	nee	ja	4	(12)
4	ja	nee	nee	19	(57)
5	nee	ja	ja	6	(17)
6	nee	ja	nee	3	(9)
7	nee	nee	ja	3	(10)
8	nee	nee	nee	38	(120)
	totaal			100	(307)

maanden is opgelopen tot 28 procent (n=99), waarvan  $\pm$  40 procent zich overigens ook weer niet arbeidsongeschikt voelt.

Bestuderen we de situatie na drie en na zes maanden verder, dan blijkt overigens dat toch een aantal verwachtingen inzake het werk niet zijn uitgekomen (overzicht 6.3).

**Overzicht 6.3 — Werkverwachtingen en uitkomsten na drie à vier en zes à acht maanden**

	Verwacht hetzelfde werk als voor de opname	Heeft al dan niet hetzelfde werk na 3 mnd	Heeft al dan niet hetzelfde werk na 6 mnd	%	N
ja	ja	ja	ja	71	(39)
ja	ja	ja	nee	6	(3)
ja	ja	nee	ja	0	(0)
ja	ja	nee	nee	4	(2)
nee	ja	ja	ja	6	(3)
nee	ja	ja	nee	0	(0)
nee	ja	nee	ja	4	(2)
nee	ja	nee	nee	9	(5)
	totaal			100	(54)

Concluderend kunnen we stellen dat er voor twee categorieën niet zoveel verandert inzake de werksituatie na het ontslag:

- ruim een kwart (26%) had zowel vóór de opname als zes maanden na het ontslag werk en bijna steeds ook hetzelfde werk;
- bijna de helft (41%) had zowel vóór de opname als zes maanden na het ontslag geen werk.

Voor twee categorieën verandert er echter wezenlijk iets:

- bijna een kwart (24%) had vóór de opname wel werk en zes maanden na het ontslag niet;
- één op de tien had vóór de opname geen werk maar wel zes maanden na het ontslag.

#### **6.1.4. Woon-, werk- en leefsituatie naar demografische en klinische kenmerken**

Op basis van de demografische gegevens (bijlage 6.1) kunnen we constateren dat de woon-, leef- en werksituatie van de ex-patiënten na het ontslag voor mannen en vrouwen nauwelijks verschilt; alleen ten aanzien van de herintreding in het arbeidsproces worden de mannen juist teleurgesteld, terwijl het voor de vrouwen meeviel, maar juist voor deze laatste categorie zijn de ongunstige prognoses inzake werk ook bewaarheid geworden. Wat betreft burgerlijke staat blijken de niet (meer) gehuwde ex-patiënten zich op een aantal punten van de anderen te onderscheiden:

- ze keren na het ontslag niet terug naar huis en gaan alleen wonen;
- hun sociale contacten zijn door het verblijf in het APZ naar hun eigen zeggen slechter geworden;
- hun familie was naar hun zeggen de mening toegedaan dat ze te vroeg waren ontslagen.

Wat betreft de inkomenssituatie blijkt de categorie ex-patiënten die voor hun inkomen afhankelijk zijn van de WW, de WAO of het pensioen zich niet alleen doordat ze geen werk hebben te onderscheiden. Andere punten zijn:

- volgens de ex-patiënten van deze categorie weten veel mensen niet dat zij in het APZ verbleven;
- volgens hen gaan ze na het ontslag niet terug naar huis;;
- zij wonen volgens de patiëntenregistratie na het ontslag alleen, in een kosthuis, pension of dergelijke woonsituatie waar geen sprake is van een gezinsstructuur.

Dit laatste geldt ook voor de jongeren onder de 30 jaar, voor hen met een middelbare opleiding en voor hen die langer dan zes maanden in het APZ verbleven.

Met betrekking tot het al dan niet teleurgesteld worden in de verwachting het vroegere werk terug te krijgen, blijkt dat frustraties zich vooral voordoen bij:

- mannen (bij hen is ook het aantal gunstige prognoses dat niet uitkwam relatief het hoogst);



- hoger opgeleiden;

en voor wat betreft de klinische kenmerken bij:

- hen die voor de eerste keer waren opgenomen;
- en hen die korter dan twee maanden in het APZ verbleven.

De veronderstelling dat bij een kort verblijf in het APZ de werkplek en daarmee de werkmogelijkheid behouden zou blijven, blijkt derhalve niet bewaarheid te worden.

Meeval in de werksituatie komt vooral voor bij:

- vrouwen (bij hen is ook het aantal ongunstige prognoses dat uitkwam relatief het hoogst);
- middelbaar opgeleiden;

en voor wat betreft de klinische kenmerken bij:

- hen die langer dan zes maanden in het APZ verbleven;
- hen die al eerder waren opgenomen.

Ongunstige verwachtingen inzake het werk kwamen vooral uit bij:

- vrouwen;
- gehuwden;
- lager opgeleiden;
- personen ouder dan 45 jaar;
- en patiënten die korter dan twee maanden opgenomen zijn.

De gunstig uitgekomen prognose inzake het werk zijn vooral te vinden bij:

- mannen;
- tussen 30 en 45 jaar oud;
- tussen twee en zes maanden in het APZ opgenomen.

## **6.2. Het problematische van de ex-patiëntsituatie**

### **6.2.1. Inleiding**

Om iets reëls te kunnen zeggen over de negatieve aspecten van het sociale functioneren van ex-psychiatrische patiënten, is in het onderzoek uitgebreid aandacht besteed aan mogelijke problemen. Daarbij is ervoor gekozen deze problematiek te verbinden aan interactiesituaties als gezin, werk, vrije tijd, de buurt, etc.

Daarnaast is een aantal mogelijke problemen geïnventariseerd die rechtstreeks met de individuele toestand van de ex-psychiatrische patiënt samenhangen (eenzaamheid, reacties van de omgeving, etc.).

Naast de algemene problematiek, willen we apart aandacht besteden aan etikettering en stigmatisering door de samenleving, als extra-probleem speciaal voor mensen die in een psychiatrische ziekenhuis (een 'inrichting', een 'gekkehuis') waren opgenomen.

Of en in hoeverre de problematische situatie een mogelijke terugval kan veroorzaken of zelfs een heropname kan bewerkstelligen is sterk afhankelijk van de toestand waarin de ex-patiënt zichzelf bij het ontslag bevindt.

Eerder signaleerden we al dat de ex-patiënten bij het ontslag erg optimistisch waren en dat de hulpverleners dit optimisme niet altijd delen. Zo verwacht één op de acht hulpverleners voor 'hun' ex-patiënten een verslechtering in psychisch en/of sociaal functioneren en één op de vijf een situatie waarin verbetering en verslechtering elkaar afwisselen.

Ook ten aanzien van de mogelijkheid tot het aanknopen van sociale relaties waren de verwachtingen van de hulpverleners pessimistischer.

In het oog springt ook het verschil in opvatting inzake de voorbereiding op toekomstige problemen; deze werd door de ex-patiënten veel minder onderkend dan door de hulpverleners. Heel bijzonder is het gegeven dat met bijna iedereen afspraken werden gemaakt die na het ontslag blijikbaar ook worden nagekomen. Al met al dienen we te constateren dat de persoonlijke inschatting van de ex-patiënten inzake hun eigen toestand voedsel geeft aan de veronderstelling dat zij opgewassen zullen zijn tegen de situatie na het ontslag, terwijl de hulpverleners daarover wat minder optimistisch lijken te zijn.

In deze paragraaf zullen we nagaan wat ex-patiënten zoal na het ontslag tegenkomen aan algemene (paragraaf 6.2.2) en specifieke (paragraaf 6.2.3) problemen, om tenslotte een indruk te kunnen geven van het problematische karakter van het ex-patiënt-zijn (paragraaf 6.2.4).

## 6.2.2. Algemene problematiek

De eerste vraag is: wordt ieder ontslag nu ook gevolgd door problemen?

Volgens meer dan de helft van de ex-patiënten is dat in de eerste weken na het ontslag niet het geval geweest. Hadden ze wel problemen (gehad), dan speelden die zich vooral af in de gezinssituatie (28%) of de vrije tijd (22%); ze werden meestal ook wel verwacht.

Een bevestiging van de veronderstelling dat ex-patiënten ook na de periode volgend op de eerste weken na het ontslag toch wel met problemen te maken hebben, blijkt uit overzicht 6.4.

*Overzicht 6.4 — Heeft U de laatste drie maanden problemen gehad?*

	tussen ontslag en 3/4 maanden	tussen 3/4 en 6/8 maanden
	ex-patient	ex-patient
ja	45 (185)	55 (191)
nee	54 (222)	44 (154)
weet niet	1 (4)	1 (4)
<b>totaal</b>	<b>100 (411)</b>	<b>100 (349)</b>

Zoals we al vermeldden, was 61 procent van de ex-patiënten er zich bij het ontslag niet van bewust dat ze op mogelijke problemen waren voorbereid. Waarop ze werden voorbereid, als ze dat wel wisten, blijkt uit het volgende overzicht (6.5).

*Overzicht 6.5 — Op welke problemen werd de ex-patiënt voorbereid volgens henzelf en hun hulpverleners (in %)*

	Ex-patiënten (n = 203)	Hulpverleners (n = 203)
stress, eenzaamheid, zinvolle tijdsbesteding	70 (143)	73 (148)
reacties van de sociale omgeving	47 (95)	53 (108)
het eraan wennen alles zelf te moeten opknappen	55 (111)	45 (90)
moeilijkheden met de nazorg	20 (40)	10 (20)
sexuele problemen	24 (49)	22 (45)
sociale omgeving is niet veranderd, maar de patient wel	45 (91)	31 (63)
sociale omgeving weet niet in welke aspecten de patient veranderd is	32 (65)	18 (37)
anders	18 (37)	27 (55)

\* meerdere antwoorden mogelijk

Waar we onenigheid signaleerden tussen ex-patiënten en 'hun' hulpverleners over het feit van de voorbereiding, blijken over de inhoud ervan de meningen niet zo sterk uiteen te lopen. Opmerkelijk is dat de helft van de ex-patiënten niet worden voorbereid op reacties van de sociale omgeving, terwijl ex-psychiatrische patiënten daarmee gezien ons theoretisch uitgangspunt zeker te maken zullen krijgen.

De voorbereiding richt zich blijkbaar meer op problemen die met de persoonlijke (on)mogelijkheden van de ex-patiënt samenhangen.

Werden ex-patiënten volgens de hulpverleners niet voorbereid dan werden als de belangrijkste redenen daarvoor genoemd, dat 'men daar de zin niet van inzag' (19%) ofwel dat 'problemen toch niet te voorspellen zijn' (10%).

We hebben mogelijke problemen steeds in relatie gebracht met bepaalde (interactie-) situaties. Hoe nu de verwachtingen van ex-patiënten ten aanzien daarvan corresponderen met hun ervaringen na drie maanden wordt duidelijk uit overzicht 6.6. Daaruit blijkt dat alleen in de werksituatie van een meevaller gesproken kan worden.

## Overzicht 6.6 — *Verwachte en ervaren probleemsituaties (in%)\**

Verwachte probleemsituaties (n = 517)		Ervaren probleemsituaties de eerste weken van het ontslag (n = 414)	
gezin	29	28	(vooral met echtgeno(o)t(e), kinderen)
werk	21	9	(vooral met teveel belast worden)
vrije tijd	22	22	(vooral met verveling)
buurt	12	9	(vooral dat ze je links laten liggen)
anders	14	12	(vooral met jezelf geen weg weten)

\* Meerdere antwoorden mogelijk

Ook de hulpverleners uit de nazorg (n=313) is gevraagd of 'hun' cliënt de eerste weken na het ontslag problemen had gehad. Volgens meer dan de helft (58%) van hen is dat wel het geval geweest. Begrijpelijkwijls ligt hier dit percentage hoger daar het één van hun taken is, iemand met problemen terzijde te staan. Als we het al dan niet krijgen van nazorg in verband brengen met de probleemervaring van de eerste weken blijkt dan ook dat er juist geen nazorg is (en dus ook geen interview met een hulpverlener daaruit) bij hen die geen problemen hadden<sup>5</sup>. Slechts bij 7 procent van hen die de eerste weken problemen hadden, was geen nazorg bij het ontslag geregeld c.q. had die ook niet plaatsgevonden.

Opmerkelijk is dat ook de hulpverleners uit de nazorg vooral problemen in de gezinssituatie (39%) en/of in de vrije tijd (32%) signaleren terwijl die eigenlijk ook steeds wel door de (intramurale) hulpverleners verwacht waren.

Om de vraag of ieder ontslag gevolgd wordt door problemen nauwkeuriger te kunnen beantwoorden dienen we niet alleen na te gaan of de respondenten in de periode van zes maanden na het ontslag zelf zeggen problemen te hebben gehad van algemene aard, maar ook of ze specifieke problemen hebben gehad zoals stigmatisering en terugval of meerdere van deze problemen tesamen.

### 6.2.3. **Specifieke problematiek: etikettering en terugval**

#### *Etikettering*

We dienen algemene probleemgegevens overigens zeer relativerend te beschouwen daar ook niet-psychiatrische patiënten regelmatig met het een of ander probleem te maken krijgen. Iets anders wordt het als we de problemen die specifiek op het ex-psychiatrisch patiënt-zijn betrekking hebben inventariseren.

Daaronder verstaan we alle manieren waarop ex-patiënten voelen dat ze niet als

volwaardig lid van de samenleving worden beschouwd omdat ze in een ‘gekkenhuis’ waren opgenomen (etikettering) en op grond daarvan anders worden benaderd (stigmatisering).

In het onderzoek is naar dit soort ervaringen van ex-patiënten gevraagd. Bij het ontslag was de vraag of men etikettering verwachtte, later is gevraagd of men die ook ervaren had (overzicht 6.7).

*Overzicht 6.7 — Verwachte en ervaren etikettering*

	etikettering bij ontslag verwacht	na ontslag ervaren etikettering	
		na 3/4 maanden	na 6/8 maanden
ja	38 (197)	32 (132)	26 (86)
nee	57 (296)	66 (264)	73 (244)
weet niet	5 (24)	2 (8)	1 (5)
totaal	100 (517)	100 (414)	100 (335)
			Missing 17

Bij verdere navraag op het ontslagmoment bleek dat ongeveer tweederde van de patiënten die etikettering verwachtten, daar overigens niet bang voor was. Overigens blijkt dat ex-patiënten die bij het ontslag etikettering verwachtten, ook meer etikettering hebben ervaren in de eerste drie maanden na het ontslag dan zij die dat niet hadden verwacht. De achtergrond daarvan zou kunnen zijn dat ze, meer op etikettering bedacht zijn dan zij die geen etikettering verwachten.

Inzake de verwachting van en de ervaring met etikettering hebben we de verwachting bij het ontslag vergeleken met de ervaringen zoals door de ex-patiënten op drie en zes maanden na het ontslag vermeld (overzicht 6.8).

Ongeveer eenderde van de ex-patiënten blijkt niet teleurgesteld te zijn in hun optimistische verwachtingen; bij eenkwart is het echter tegengevallen. Daar staat tegenover dat er bij 18 procent van een echte meevaller gesproken kan worden.

Verwacht men geen etikettering dan geven de ontslagpatiënten daarvoor als belangrijkste argumenten:

- ze weten dat dit geen gekkenhuis is 42%
- ze weten niet dat ik opgenomen ben 4%
- ze weten dat ik niet gek ben 23%
- ze reageerden al eerder positief 19%

Van hen die wel etikettering verwachtten is 31 procent daarvoor ook wel bang omdat men zich daardoor minderwaardig voelde of zich belast voelde door zo’n etiket.

**Overzicht 6.8 — Verwachte etikettering en ervaringen daarmee binnen zes maanden na het ontslag (in %)**

Verwachte etikettering		Ervaren na 3 of 6 mnd.	
1	ja	ja	23 (79)
2	ja	nee	18 (64)
3	nee	ja	25 (86)
4	nee	nee	31 (112)
5	weet niet	ja	1 (3)
6	weet niet	nee	2 (8)
totaal		100	(352)

Natuurlijk kan de patiënt voor het ontslag op het vóórkomen (en het voorkómen) van etikettering worden voorbereid. Bij ruim de helft van de patiënten (52%) was dat ook gebeurd volgens de (intramurale) hulpverleners. Zo'n voorbereiding gebeurde vooral in individuele of in groepsgesprekken; al dan niet vergezeld van adviezen hoe er mee om te gaan. Daarbij wordt het betrekken van de sociale relaties van de patiënt door de hulpverleners nauwelijks vermeld. Als zo'n voorbereiding achterwege bleef, werd meestal als reden genoemd het feit dat de patiënt het niet als probleem zag (33%) of omdat de patiënt al eerder opgenomen was geweest en het daarom dus niet meer nodig was (30%).

Om op het concept dat aan etikettering en stigmatisering ten grondslag ligt beter grip te kunnen krijgen hebben we onze aandacht niet alleen gericht op 'het erop aangekeken worden dat men in zo'n gekkenhuis heeft gezeten' maar hebben bij dit item ook een aantal andere items betrokken die direct en/of indirect verwijzen naar dat achterliggende concept. Dit concept benoemen we met stigmatisering omdat etikettering daarin impliciet is opgenomen; het kan uit de volgende items worden samengesteld:

- A – Denkt U dat de mensen uit Uw omgeving er U op aan zullen kijken, dat U in zo'n gekkenhuis geweest bent?  
(Deze vraag werd op drie meetmomenten aan de respondenten voorgelegd.)
- B – Is het contact met huisgenoten door Uw verblijf in het psychiatrisch centrum beter of slechter geworden?
  - Is het contact met familieleden door Uw verblijf in het psychiatrisch centrum beter of slechter geworden?
  - Is het contact met vrienden door Uw verblijf in het psychiatrisch centrum beter of slechter geworden?
  - Is het contact met werkcollega's door Uw verblijf in het psychiatrisch centrum beter of slechter geworden?

(Deze vragen werden drie en zes maanden na het ontslag aan de respondenten voorgelegd.)

- C – Wat is er veranderd in het contact met huisgenoten door Uw verblijf in het psychiatrisch centrum?
- Wat is er veranderd in het contact met familieleden door Uw verblijf in het psychiatrisch centrum?
  - Wat is er veranderd in het contact met vrienden door Uw verblijf in het psychiatrisch centrum?

(Deze vraag werd eveneens drie en zes maanden na het ontslag voorgelegd aan de respondenten.)

Deze laatste set (C) bleek echter niet te voldoen aan de voor de analyse benodigde eisen en werd daarom niet bij de verdere bewerking meegenomen.

De resterende variabelen hebben we benut ter beantwoording van de vraag: worden mensen, die na hun ontslag geconfronteerd worden met een verslechtering van hun relaties met huisgenoten, familie, vrienden en kennissen, en met etikettering op grond van hun opname in een APZ, meer heropgenomen dan mensen, die geen verslechtering van relaties hebben gekend en/of geen etikettering?

Om deze vraag te beantwoorden, hebben we allereerst die vragen in de analyse betrokken, welke betrekking hebben op een verslechtering van de relaties tussen de ex-patiënten en respectievelijk huisgenoten, familie, vrienden en kennissen en deze als volgt opgevat:

- wanneer de mensen antwoordden, dat de relaties beter of hetzelfde gebleven waren, hebben we gesteld, dat de relaties in ieder geval niet slechter geworden zijn;
- wanneer de mensen antwoordden, dat de relaties slechter geworden waren, of antwoordden, dat ze dat niet wisten, menen we dat in deze beide gevallen de relaties slechter geworden zijn.

Vervolgens hebben we alle ex-patiënten, die geconfronteerd zijn met een verslechtering van de verhouding met een of meer relaties, samengevoegd. We krijgen aldus twee groepen ex-patiënten:

- degenen, die ten aanzien van geen enkele relatie een verslechtering hebben gekend,
- degenen, die ten aanzien van een of meerdere relaties een verslechting hebben gekend.

Vervolgens maken we nog een onderscheid binnen deze twee groepen aan de hand van het critium, of deze mensen zich al dan niet geëtiketteerd hebben gevoeld. Aldus ontstaan vier groepen ex-psychiatrische patiënten (overzicht 6.9).

**Overzicht 6.9 — Verdeling van de ex-patiënten naar ervaren verslechtering van sociale relaties en naar ervaren etikettering (in %)**

1	zijn ex-patiënten, die met een verslechtering van de relaties met een of meerdere mensen geconfronteerd werden en zich bovendien geëtiketteerd gevoeld hebben,	++	12	(38)
2	heeft ook een verslechtering van de relaties gekend, maar heeft zich niet geëtiketteerd gevoeld,	+ -	14	(44)
3	zijn de ex-patiënten wier relaties met anderen beter geworden zijn, of minstens hetzelfde gebleven, en zij hebben zich wel geëtiketteerd gevoeld,	- +	13	(42)
4	heeft geen verslechtering van de relaties met anderen gekend, en heeft zich niet geëtiketteerd gevoeld,	--	61	(196)
totaal			100	(320)

Alvorens deze nieuw geconstrueerde variabele, die een centrale plaats inneemt in ons theoretisch denkkader, voor verdere analyse te gebruiken, hebben we ons bezonnen op de vraag of de aldus geconstrueerde groepen geen validering behoeven. Naar onze mening dienen deze groepen zich zowel daadwerkelijk van elkaar te onderscheiden als ook intern een homogeen karakter te vertonen. Ten aanzien van de validering van de gepresenteerde constructie besloten we te gaan zoeken naar een variabele, die het meest geschikt is om te dienen als valideringscriterium. We meenden daarvoor de reeds eerder (hoofdstuk 5) geconstrueerde maatschappelijke weerbaarheidsschaal te kunnen benutten op grond van de volgende theoretische overwegingen. Het lijkt heel aannemelijk dat juist zij bij wie door de opname de sociale relaties nadelig zijn beïnvloed en/of die zich gestigmatiseerd voelen, inderdaad 'het gevoel krijgen er helemaal alleen voor te staan', 'het gevoel hebben er niet meer bij te horen' of constateren 'dat echte vrienden moeilijk te vinden zijn'?

Laten we eerst de gegevens presenteren (overzicht 6.10).

Wanneer we bezien in welke mate de onderscheiden groepen maatschappelijk weerbaar zijn c.q. zich sociaal geïsoleerd voelen, constateren we het volgende:

- groep 1 is sterk oververtegenwoordigd in de categorie mensen, die zich zeer sociaal geïsoleerd voelt en in wat mindere mate in de categorie, die zich sociaal geïsoleerd voelt,
- groep 2 is eveneens sterk oververtegenwoordigd in de groep mensen, die zich zeer geïsoleerd voelt, en verhoudt zich tot de overige modules van weerbaarheid op een wijze, die op grond van de marginalen verwacht kan worden,
- groep 3 is in geringe mate oververtegenwoordigd in de categorie, die zich sociaal geïsoleerd voelt,
- groep 4 tenslotte, blijkt sterk oververtegenwoordigd te zijn in de categorie, die zich respectievelijk matig en niet geïsoleerd voelt.



*Overzicht 6.10 — Relatie tussen de op basis van stigmatisering geconstrueerde typologie van patiënt-groepen en maatschappelijke weerbaarheid ter validering van de typologie (in %)*

Type	maatschappelijke weerbaarheidsschaal				
	niet weerbaar			wel weerbaar	
	1	2	3	4	totaal
1	35 (18)	19 (18)	1 (2)	0 (0)	12 (38)
2	29 (15)	11 (10)	11 (16)	10 (3)	14 (44)
3	13 (7)	17 (16)	10 (14)	13 (4)	13 (41)
4	23 (12)	53 (50)	78 (110)	77 (23)	61 (195)
totaal	16 (52)	30 (94)	45 (142)	9 (30)	100 (318)

$p = .00$ , Cr's  $V = .28$

Het verband tussen de geconstrueerde typologie (verslechterde relaties in combinatie met etikettering) en maatschappelijke weerbaarheid blijkt relevant te zijn gelet op de mate van samenhang.

We beschouwen de geconstrueerde typologie van ex-patiënten op basis van stigmatisering (relatieverslechtering plus etiketteringservaring) als geldig en stellen derhalve dat 61 procent van de ex-patiënten zich op geen enkele wijze en 12 procent zich in sterke mate gestigmatiseerd gevoeld heeft.

### *Terugval*

Een accumulatie van problematische ervaringen al dan niet vergezeld van ongunstige structurele of materiële omstandigheden, kan een (meestal plotseling optredende) inzinking teweeg brengen. Een dergelijke terugval is vaak niet aan een specifieke oorzaak toe te schrijven; het heeft een generale oorzaak en heeft ook een generaal gevolg; de persoon in zijn totaliteit is 'down', het is evenwel specifiek voor ex-patiënten en in gesprekken met psychiatrische hulpverleners duikt de term regelmatig op<sup>7</sup>. Vandaar dat dit item in dit onderzoek los van een reeks apart te identificeren algemene problemen is onderzocht.

In eerste instantie is gevraagd of 'men een terugval binnen zes maanden verwacht'. Zowel ontslagpatiënten als hulpverleners hebben deze vraag beantwoord op het ontslagmoment (overzicht 6.11).

**Overzicht 6.11 — Verwacht U een terugval binnen de komende zes maanden? (bij de ex-patiënt) (in %)**

	ex-patienten	intramurale hulpverleners
nee, vermoedelijk niet	76 (388)	55 (236)
ja, vermoedelijk wel	14 (71)	31 (204)
ja, zeer waarschijnlijk	2 (10)	10 (51)
weet niet	8 (48)	4 (24)
<b>totaal</b>	<b>100 (517)</b>	<b>100 (515)</b>

Zoals reeds eerder gebleken is, komt ook hier het grotere optimisme van de ex-patiënt in vergelijking met de hulpverlener tot uitdrukking.

In hoeverre ze het met elkaar eens zijn blijkt uit overzicht 6.12.

**Overzicht 6.12 — Bij het ontslag door ex-patiënten en 'hun' hulpverleners verwachte terugval (in %)**

terugval-verwachting		
ex-patient	(intramurale) hulpverleners	%
nee	nee	45 (211)
ja	nee	7 (35)
nee	ja	31 (155)
ja	ja	9 (45)
weet niet	nee	5 (25)
weet niet	ja	3 (15)
<b>totaal</b>		<b>100 (496)</b>

Opvallend is de 45 procent waarbij zowel ex-patiënt als hulpverlener geen terugval verwachten, maar even interessant is de 31 procent waarbij de ex-patiënt deze niet verwacht maar 'zijn' hulpverlener wel.

In hoeverre de verwachtingen van de ex-patiënten inzake het mogelijke optreden van een terugval in de eerste drie maanden na het ontslag nu ook door een terugval wordt gevolgd, blijkt uit overzicht 6.13. In hetzelfde overzicht zijn de verwachtingen van de (intramurale) hulpverleners vergeleken met de ervaringen van de ex-patiënten.

*Overzicht 6.13 — Terugvalverwachting bij ontslag van ex-patiënten en hulpverleners en de ervaring daarmee drie maanden na het ontslag van ex-patiënten (in %)*

ex-patient- verwachting bij ontslag	ex-patient- ervaring na 3 maanden	%	hulpverleners- verwachting bij ontslag van van ex-patient	ex-patient- ervaring na 3 maanden	%
nee	ja	41	nee	ja	21
ja	ja	8	ja	ja	21
ja	nee	8	ja	nee	19
nee	nee	44	nee	nee	38
weet niet	ja	4			
weet niet	nee	5			
totaal		100 (401)	totaal		100 (393)

Ongeveer de helft (52%) van de terugvalervaring van de ex-patiënt is conform de patiëntverwachting zoals bij het ontslag geformuleerd; daarvan heeft slechts 8 procent betrekking op het verwachte optreden van een terugval. Dit laatste gegeven ligt bij de hulpverleners veel hoger, daar heeft 21 procent betrekking op het optreden van een verwachte terugval.

De teleurstellingen bij de ex-patiënten zijn met 41 procent omvangrijk en ook bij de hulpverleners is een behoorlijk aantal (21%) positieve prognoses niet bewaarheid. Daar staat tegenover dat zij zich ook behoorlijk vergist hebben met 19 procent in de gunstige zin; dat wil zeggen dat zij te pessimistisch waren en dat is bij de ex-patiënten met 8 procent beduidend geringer.

Opgemerkt zij dat bij het toetsen op samenhang tussen de verwachting (door de hulpverlener bij het ontslag geformuleerd) en de ervaring van de ex-patiënt drie maanden later relevant ( $\phi = .16$ ) blijkt te zijn. Dat betekent dat aan de verwachting van de intramurale hulpverleners een predictief karakter niet kan worden ontzegd. Ook drie maanden na het ontslag is gevraagd naar de verwachting inzake een mogelijk optredende terugval in de daarop volgende maanden (overzicht 6.14).

Mogelijk door ervaring wijs geworden in de drie maanden na het ontslag, komen de verwachtingen van de ex-patiënten meer met de realiteit overeen dan bij het ontslag. 'Slechts' 19 procent van hen heeft tussen de drie en zes maanden na het ontslag een teleurstellende ervaring gehad en dat is betrekkelijk dicht in de buurt van de 11 procent, waarbij de verwachting van een komende terugval inderdaad door een dergelijke ervaring is gevolgd.

Apart dient te worden vermeld de rol van de hulpverleners uit de nazorg. Uit hoofde van hun taak zijn zij drie maanden na het ontslag, (nog steeds) betrokken bij

*Overzicht 6-14 — Terugvalverwachting drie maanden na het ontslag en de ervaring daarmee zes maanden na het ontslag*

ex-patient- verwachting voor de komende 3 maanden	ex-patient- ervaring 6 mnd na ontslag	%	hulpverleners- verwachting voor de komende 3 maanden	ex-patient- ervaring 6 mnd na het ontslag	%
nee	ja	19	nee	ja	17
ja	ja	11	ja	ja	21
ja	nee	5	ja	nee	18
nee	nee	65	nee	nee	45
totaal		100 (280)	totaal		100 (229)

ex-patiënten die hulp behoeven; over de meest succesvolle patiënten geven zij derhalve geen informatie. Men zou dus kunnen verwachten, dat het percentage van hun negatieve verwachting, gekoppeld aan de negatieve ervaring van de patiënt (wel terugval), derhalve hoger zou zijn dan dat van de (intramurale) hulpverleners bij het ontslag. Dat is niet zo. Hun prognose en uitkomst is zelfs positiever; hun 'gunstige' vergissingen nagenoeg hetzelfde en hun 'ongunstige' vergissingen lager.

De hulpverleners blijken na drie maanden de terugval zes maanden na het ontslag beter te voorspellen dan de ex-patiënten<sup>8</sup>. De AGGZ-hulpverleners blijken ter zake betere voorspellers te zijn dan de hulpverleners die vanuit het APZ de nazorg behartigen (bijlage 6.3).

Onze veronderstelling dat bij de ex-patiënten die nazorg vanuit het APZ krijgen op grond van hun psychiatrische diagnose een prognose moeilijker zou zijn dan bij de ex-patiënten die nazorg krijgen van de AGGZ, wordt niet bevestigd.

Wanneer kunnen we nu van een echter frustratie (of van een echter vergissing) spreken?

Van echte frustratie spreken we als zowel de ex-patiënt bij het ontslag als ook de hulpverlener die bij het ontslag was geïnterviewd onder andere over de toekomst van de ex-patiënt, beiden geen terugval verwachtten, terwijl die door de ex-patiënt wel in de zes maanden volgend op het ontslag werd ervaren.

Voorzover de ex-patiënt op de hoogte was (gesteld) van de verwachtingen van zijn eigen hulpverlener, werden zijn eigen optimistische verwachtingen daarmee immers bevestigd en versterkt.

Anderzijds zullen we van echte meeval spreken als zowel ex-patiënt als hulpverlener zich hebben vergist, dat wil zeggen beiden verwachtten een terugval die niet binnen zes maanden na het ontslag heeft plaatsgehad, tenminste niet naar de ervaringen van de ex-patiënt te oordelen.

Om frustratie en meeval op het spoor te komen alsook uitgekomen ongunstige en gunstige verwachtingen, hebben we een aantal bewerkingen uitgevoerd. Allereerst zijn we nagegaan in hoeverre de verwachtingen van de ex-patiënten zijn uitgekomen in de loop van deze zes maanden volgend op het ontslag; bovendien zijn we de verwachtingen van de intramurale hulpverleners nagegaan (bijlage 6.3). Vervolgens hebben we vastgesteld in hoeverre er bij ex-patiënten of bij hulpverleners gesproken kan worden van frustraties of meeval (overzicht 6.15).

*Overzicht 6.15 — Inzake terugval uitgekomen en niet uitgekomen verwachtingen van ex-patiënten en hun hulpverleners (in %)*

	ex-patiënten	hulpverleners
frustratie	44 (151)	29 (99)
meeval	11 (35)	15 (51)
uitgekomen ongunstige verwachting	9 (32)	24 (83)
uitgekomen gunstige verwachting	36 (122)	32 (107)
totaal	100 (340)	100 (340)

Bij bijna de helft van de ex-patiënten zijn de optimistische verwachtingen niet uitgekomen; de prognose van de hulpverleners ligt op het ontslagmoment dichter bij de realiteit dan de prognose van de ex-patiënten. Toch is bijna de helft (44%) van de prognoses van de hulpverleners onjuist. Hun ongunstige prognoses blijken echter veel vaker juist te zijn dan die van de ex-patiënten. Dat bijna eenderde (29%) van de optimistische verwachtingen van de hulpverleners niet uitkomen, zouden we teleurstellend willen noemen, omdat we hoopten dat de hulpverleners in staat zouden blijken te zijn tot een juistere toekomstverwachting te komen. Daarmee wordt niet alleen gewezen op een gebrekkige relatie tussen hulpverlener en ex-patiënt, maar tevens op het bestaan van allerlei factoren die prognoses teniet doen. Naar onze mening zegt het echter ook veel over 'het onzekere', 'het onduidelijke' en ook 'het overmachtige' waarmee de psychiatrie wordt geconfronteerd.

In een tweede bewerking hebben we de veronderstellingen van zowel ex-patiënten en hulpverleners geconfronteerd met de ervaringen van de ex-patiënten opgedaan in de zes maanden volgend op het ontslag.

De echte frustratie (dat wil zeggen noch de positieve verwachting van de ex-patiënt, noch die van de hulpverlener kwam uit) kon op deze manier worden vastgesteld. Uit overzicht 6.16 blijkt de volgende antwoordverdeling.

### *Overzicht 6.16 — Frustratie en meeval inzake terugval binnen zes maanden na het ontslag (in %)*

sterke frustratie	
(wel terugval binnen zes maanden hoewel noch ex-patient noch hulpverlener dat had verwacht)	27 (90)
frustratie voor ex-patient of voor hulpverlener	
(wel terugval hoewel een van hen dat niet had verwacht)	20 (68)
sterke meeval	
(geen terugval binnen zes maanden, hoewel zowel hulpverlener als patient dit wel hadden verwacht)	2 (8)
meeval voor ex-patient of voor hulpverlener	
(geen terugval hoewel een van hen dat wel had verwacht)	15 (51)
gunstige verwachting van beiden is uitgekomen	27 (93)
ongunstige verwachting van beiden is uitgekomen	9 (29)
totaal	100 (339)

De conclusie is dat afgezien van het feit dat in 27 procent van de gevallen zowel de ontslagpatiënten als de hulpverleners de toekomst inzake een mogelijke terugval terecht optimistisch tegemoet zagen, beiden ook in 27 procent van de gevallen ten onrechte ervan uitgingen dat een terugval zich niet zou voordoen; dat deze zich toch voordeed, moet voor de intramurale hulpverlening een teleurstelling en voor de ex-patiënt een onverwachte tegenslag zijn.

Dat we in 17 procent van de gevallen van meeval kunnen spreken, wijst erop dat door een aantal factoren buiten de psychiatrie slechte prognoses teniet kunnen worden gedaan, zoals dat ook bij gunstige prognoses (zie de niet uitgekomen gunstige verwachtingen) het geval kan zijn.

Het voorgaande maakt ons nieuwsgierig naar de argumenten op grond waarvan aan patiënten bij het ontslag nu wel of geen terugval wordt toegedacht.

Als de hulpverleners geen terugval verwachten (n=274), geven ze daarvoor vooral als reden op:

- de persoonlijke situatie is goed (door 29% genoemd)
- de nazorg is goed (door 28% genoemd)
- de ex-patiënt neemt de medicijnen in (door 9% genoemd)
- de ex-patiënt houdt zich aan de afspraken (door 6% genoemd)

Als de hulpverleners wel een terugval verwachten (n=179), geven ze daarvoor de volgende redenen op.

- Het psycho-sociale functioneren van de ex-patiënt is slecht (door 26% genoemd)
- De sociale situatie is voor de ex-patiënt ongunstig (door 14% genoemd)
- De ex-patiënt heeft een slechte sociale relatie met zijn
  - . naaste omgeving (door 6% genoemd)
  - . verwijderde omgeving (door 3% genoemd)
- De behandeling is niet afgerond (door 8% genoemd)
- Matig tot slecht ziekte-inzicht bij de ex-patiënten (door 8% genoemd)
- Diverse oorzaken van de ervaren terugval bij de ex-patiënt onder andere (door 30% genoemd)
  - geen inzicht in de gevolgen van alcohol (door 7% genoemd)
  - ex-patiënt neemt de medicijnen niet in (door 5% genoemd)
  - ex-patiënt houdt zich niet aan de afspraken (door 3% genoemd)
  - slechte dagelijkse structuur (door 5% genoemd)
  - andere oorzaken bij de ex-patiënt gelegen (door 10% genoemd)

Deze opsomming geeft een indicatie op grond van welke factoren een prognose van de (intramurale) hulpverleners en/of van de ex-patiënten alsnog niet uitkwam of kon uitkomen; een aantal van deze factoren heeft namelijk noch de hulpverlener noch de ex-patiënt in de hand.

Werd bij de oplossing van problemen nu in de loop van de tijd ook hulp geboden? Voor wat betreft de etikettering blijkt dat bij ongeveer een vijfde van hen die hulp hadden gezocht niemand hulp had geboden, ongeveer een vijfde hulp had gekregen van gezins- of familieleden en ongeveer 40 procent van een professionele hulpverlener.

In het geval van een ervaren terugval in de drie maanden volgend op het ontslag, was eenderde van de ex-patiënten deze inzinking na drie maanden nog niet te boven. Diegenen bij wie dat wel het geval was, blijken in de helft van de gevallen dat met de hulp van anderen te hebben bereikt; het APZ, de huisarts en het (algemeen) maatschappelijk werk speelden daarbij volgens de ex-patiënten vooral en de SPD nauwelijks een rol.

#### 6.2.4. Het problematische van het ex-patiënt-zijn

We zijn deze paragraaf begonnen met de vraag of ieder ontslag gevolgd wordt door problemen.

Tot nu toe hebben we onze aandacht gericht op de vragen of ex-patiënten in het algemeen probleem hadden ervaren na het ontslag en of ze specifieke problemen hadden gehad zoals etikettering en terugval. Laten we er nu vanuit gaan dat ex-patiënten die één of meer van deze drie onderzoeksvragen bevestigend beantwoorden, inderdaad kunnen worden beschouwd als ex-patiënten die iets problematisch

hebben ervaren in de periode volgend op het ontslag. Verdelen we deze periode in drie en zes maanden na het ontslag, dan kunnen we de resultaten van deze analyse als volgt weergeven. Voor de eerste drie maanden na het ontslag (overzicht 6.17).

*Overzicht 6.17 — Probleemervaring binnen drie maanden na het ontslag (in %)*

algemene problemen	stigmatisering	terugval	
+	-	-	45 (184)
	+	-	13 (54)
		+	10 (38)
			68 (276)

Uit dit overzicht valt af te leiden dat bij 68 procent van de ex-patiënten het ontslag binnen drie maanden gevolgd werd door iets problematisch. Volgen we nu de categorie ex-patiënten die na drie maanden nog geen problemen had gehad, in de daaropvolgende periode van drie maanden, dan blijkt dat uiteindelijk bij slechts 17 procent (n=67) van de ex-patiënten het ontslag ook binnen een half jaar niet is gevolgd door problemen; 83 procent heeft in de zes maanden volgend op het ontslag op de een of andere manier problemen gehad van algemene of specifieke aard. Ook konden we vaststellen, dat ongeveer driekwart van de ex-patiënten in die zes maanden met meerdere problemen tegelijkertijd werd geconfronteerd; van 67 ex-patiënten weten we dat die in die zes maanden geen problemen signaleerden. (Vooruitlopend op hoofdstuk 8 waarin de heropname wordt bestudeerd, kunnen we nu al melden dat deze 67 respondenten, op vijf na, geen van allen binnen één jaar met een heropname waren geconfronteerd; het lijkt derhalve een kansrijke groep te zijn).

#### **6.2.5. De ex-patiëntproblematiek naar demografische en klinische kenmerken**

Hoewel een aantal samenhangen tussen demografische kenmerken enerzijds en variabelen betreffende het algemeen problematische karakter van de ex-patiënt-situatie anderzijds significant blijken te zijn, is de aard van deze samenhangen slechts bij een klein aantal relevant (bijlage 6.4).

Een van deze relevante samenhangen blijkt te bestaan tussen opleiding en de voorbereiding op mogelijke problemen; deze voorbereiding blijkt naar de mening van zowel ex-patiënten als hun (intramurale) hulpverleners vooral bij (minimaal) middelbaar opgeleide ex-patiënten plaats te hebben gevonden.



Het betreft dan volgens de ex-patiënten vooral het voorbereiden op problemen zoals stress, eenzaamheid en zinvolle tijdsbesteding en volgens hun hulpverleners vooral de voorbereiding op problemen rond zelfstandig wonen, moeilijkheden met de nazorg en rond het gegeven dat de sociale omgeving niet weet hoe en in welke mate de patiënt (door de behandeling) is veranderd.

Parallel hiermee loopt het gegeven, dat met name ex-patiënten, die in het arbeidsproces participeerden vóór de opname en/of jonger zijn dan 45 jaar (juist deze categorie heeft na het ontslag problemen gehad) op dergelijke problemen worden voorbereid. Het gaat blijkbaar toch om een categorie waarmee succes in maatschappelijk opzicht nog tot de mogelijkheden behoort.

Bestuderen we klinische kenmerken van de ex-patiënten dan blijkt dat ex-patiënten die korter dan twee maanden in het APZ verbleven zich nergens op voelden voorbereid; hun hulpverleners denken daar ook zo over. Wil je voorbereid worden op mogelijke problemen, dan begint dat pas rond een verblijf van ongeveer zes maanden in het APZ; eerder gebeurt dat blijkbaar slechts bij uitzondering en niet als regel.

Verder blijken met name de neurotici de eerste weken na het ontslag problemen te hebben gehad en niet de psychotici.

Tenslotte blijkt dat met name zij die voor de eerste keer in het APZ waren opgenomen, werden voorbereid op de reacties van de sociale omgeving op hun 'ex-patiënt-zijn'.

De specifieke problematiek zoals etikettering en terugval (bijlage 6.5) blijkt (niet onverwacht) vooral bij hen op te treden die minimaal een middelbare opleiding hebben.

Typisch is dat met name de neurotici ervaringen met etikettering melden en de psychotici en/of verslaafden niet, terwijl voor en ook door de psychotici en verslaafden een terugval wordt verwacht in de periode na het ontslag die juist door de neurotici wordt ervaren en door de psychotici niet. Bij de psychotici is er op dit punt dan ook sprake van meeval en als er gunstige verwachtingen waren daaromtrent, van het uitkomen van die verwachtingen.

Bij de neurosen is er sprake van ongunstige verwachtingen die blijken uit te komen op het punt van terugval en ook van een deceptie van de intramurale hulpverleners; ten aanzien van de neurotici blijken zij zich in hun prognose sneller te (kunnen) vergissen dan bij psychotici: bij deze laatste categorie blijkt hun prognose meestal juist te zijn.

## **6.3. Verbetering c.q. verslechtering van de situatie van de ex-psychiatrische patiënt**

### **6.3.1. Inleiding**

De vraag die nog rest na de beschrijving van de problematische aspecten van het ex-psychiatrisch patiënt-zijn, is of en in hoeverre er bij ex-patiënten ook gesproken kan worden van een verbetering c.q. positieve ontwikkeling in hun functioneren.

Uit het vorige hoofdstuk weten we al wel, dat bij het ontslag driekwart van de ex-patiënten en hun hulpverleners positief oordeelde over de behandeling en dat in meer dan de helft van de gevallen zowel ex-patiënten als hulpverleners oordeelden dat problemen in de toekomst optimistisch tegemoet getreden konden worden. De helft van de ex-patiënten kon bij het ontslag maatschappelijk weerbaar genoemd worden, hoewel hun hulpverleners daarover minder optimistisch waren. Van (slechts) vijftien procent van hun ex-patiënten noemden zij echter het niveau van psycho-sociaal functioneren (vrij) slecht.

In deze paragraaf wordt via een aantal indicatoren een rechtstreekse vergelijking gemaakt tussen de toestand van de ex-patiënt in de pre-patiënt-fase en in de ex-patiënt-fase.

In het algemeen wordt verondersteld dat psychiatrische patiënten er bij het ontslag uit het APZ beter aan toe zijn dan bij de opname. Bovendien wordt meestal verondersteld dat ze bij het ontslag ook minder problemen zullen hebben dan bij de opname. Mogelijk ten overvloede hebben we dit nagegaan.

Daarnaast is geanalyseerd of de beoordeling die door de ex-patiënt bij zijn ontslag over het eigen functioneren werd gegeven in de loop van de zes maanden volgend op het ontslag aan wijziging onderhevig is geweest.

Los van de mening van de ex-patiënten staat de mening van de intramurale hulpverleners die bij het ontslag van de ex-patiënten waren betrokken en die werden 'opgevolgd' door hulpverleners uit de nazorg. Zowel hun beoordeling van de persoonlijke gesteldheid van de ex-patiënt, alsook hun verwachtingen ten aanzien van diens functioneren in de toekomst, geven ons nadere informatie over de persoonlijke situatie van de ex-patiënt voor zover daarin verbetering is opgetreden of nog verwacht wordt.

### **6.3.2. De persoonlijke toestand van de ex-patiënt bij het ontslag**

Hoe de ex-patiënt zijn eigen situatie inschat bij het ontslag, is in het voorafgaande reeds enigszins duidelijk geworden. We zagen reeds dat bijna 3/4 van de ex-patiënten bij het ontslag stelde, minder problemen te hebben dan bij de opname; bijna 90 procent achtte zich bij het ontslag ook (sterk) verbeterd.

Om wat meer inzicht te krijgen in de vraag hoe de ex-patiënt bij het ontslag zijn eigen

situatie inschat, vergeleken met de opnamesituatie, hebben we de antwoorden van de ex-patiënten op de vraag omtrent de vermindering van de problemen in verband gebracht met de mening van de ontslagpatiënt betreffende zijn al dan niet verbeterd zijn vergeleken met de situatie van de opname (overzicht 6.18).

*Overzicht 6.18 — Hoe schat de ex-patiënt bij het ontslag zijn eigen positie in, vergeleken bij de opname (in %)*

Ex-patient heeft bij het ontslag vergeleken met voor de opname	Ex-patient acht zich bij het ontslag t a v de opnamesituatie	%	
minder problemen	(sterk) verbeterd	67	(342)
minder problemen	onveranderd	3	(16)
minder problemen	(sterk) achteruit gegaan	1	(4)
meer problemen	(sterk) verbeterd	9	(44)
meer problemen	onveranderd	2	(8)
meer problemen	(sterk) achteruit gegaan	1	(4)
evenveel problemen	(sterk) verbeterd	13	(68)
evenveel problemen	onveranderd	4	(22)
evenveel problemen	(sterk) achteruit gegaan	0	(4)
totaal		100	(510)

Waar elf procent van de ex-patiënten bij het ontslag stelde dat ze meer problemen hadden dan vóór de opname blijkt nu uit overzicht 6.18 dat daarmee niet meteen ook van een achteruitgang gesproken kan worden. Slechts bij 1 procent komen beide voor. De verklaring voor het samengaan van meer problemen en zich (sterk) verbeterd voelen is hoogstwaarschijnlijk gelegen in het feit dat deze ex-patiënten meer inzicht hebben gekregen in de eigen problematiek, daarvan meerdere facetten door en in de behandeling hebben onderkend en ermee hebben leren omgaan. Dit laatste wordt door hen als een verbetering ervaren. Een soortgelijke redenering geldt voor die ex-patiënten die geen vermindering van problemen signaleren en wel tot een verbetering van de eigen situatie concluderen (13 procent). Al met al blijft de constatering dat bijna alle ex-patiënten zich bij het ontslag beter voelen dan bij de opname.

De mening van de intramurale hulpverleners inzake de toekomst van de ontslagpatiënt was, zoals we al constateerden minder optimistisch dan die van de ex-patiënten zelf.

De hulpverleners, die de ex-patiënt na het ontslag verder begeleidde, beoordeelden

de toestand van de ex-patiënten anders dan de (intramurale) hulpverleners. Niet vreemd is daaraan het gegeven dat zij juist op grond van het problematische van de situatie van de ex-patiënt als respondent/informant in het onderzoek participeerden. Zij geven immers 'nazorg' omdat de ex-patiënt deze kennelijk nodig heeft. Zo signaleert drie maanden na het ontslag de 'nazorg' bij 32 procent evenveel of zelfs meer (9 procent) problemen bij de ex-patiënt dan vóór de opname (bij de intramurale hulpverleners was dat 27 procent), hetgeen ook hier niet betekent dat het om die reden met de ex-patiënt slechter zou gaan. Gevraagd naar het oordeel over de situatie van de ex-patiënt, beoordeelt de 'nazorg' deze echter wel wat negatiever (overzicht 6.19).

Daarbij is er geen significant verschil tussen de nazorg die vanuit het APZ of vanuit de AGGZ wordt gegeven.

*Overzicht 6.19 — Hoe voelt de ex-patiënt zich volgens de hulpverlening*

	intramurale hulpverleners bij het ontslag	hulpverleners uit de nazorg	
		na 3/4 mnd.	na 6/8 mnd.
(heel) goed	73 (369)	27 (78)	29 (53)
gaat wel	23 (116)	52 (159)	57 (105)
tamelijk slecht	3 (17)	13 (40)	10 (18)
slecht	1 (5)	9 (28)	4 (8)
<b>totaal</b>	<b>100 (507)</b>	<b>100 (305)</b>	<b>100 (184)</b>

Het lijkt ons niet juist uit deze informatie van de hulpverleners af te willen leiden of de toestand van de ex-patiënt na het ontslag is verbeterd of verslechterd. Daartoe zullen we eerder dienen na te gaan of de patiënten, die hun eigen situatie bij het ontslag positief beoordeelden, in de maanden daarop volgend, deze situatie kunnen stabiliseren of nog meer kunnen verbeteren.

### 6.3.3. Verbetering of verslechtering

Wanneer kunnen we nu zeggen dat er verbetering is opgetreden in de persoonlijke situatie van de ex-patiënt? Allereerst hebben we aan de ex-patiënten gevraagd hun oordeel te geven over hun situatie vergeleken met de drie maanden die daaraan voorafgingen (overzicht 6.20).

*Overzicht 6.20 — Acht de ex-patiënt zich vergeleken met het ontslagmoment c.q. laatste interview verbeterd?*

	3/4 mnd. na ontslag	6/8 mnd. na ontslag
sterk verbeterd	21 (85)	12 (41)
verbeterd	48 (196)	43 (150)
onveranderd	24 (98)	32 (112)
achteruit gegaan	6 (23)	11 (39)
sterk achteruit gegaan	2 (8)	2 (8)
totaal	100 (411)	100 (350)

Via een analyse naar de inhoud van de antwoordcategorie ‘onveranderd’ (een situatie die zich in de zes maanden na het ontslag steeds vaker voordoet), blijkt dat deze bijna steeds als positief dient te worden begrepen: de situatie is onveranderd goed gebleven. Uit het overzicht is verder te constateren dat 8 procent meent dat ze zijn achteruit gegaan (nieuwe problemen worden daarvoor vaak als reden opgegeven), terwijl 69 procent zegt zich sinds het ontslag en 54 procent zich (ook) nog tussen drie en zes maanden na het ontslag verbeterd te achten.

De hulpverleners uit de nazorg ondersteunen deze gegevens met hun informatie.

Om het al dan niet aanwezig zijn van een positieve ontwikkeling bij de ex-patiënt nog nader te bestuderen hebben we de beoordeling van de ex-patiënten (die we na zes à acht maanden interviewden) bestudeerd naar hun mening over de eigen situatie voor de opname en over de eigen situatie zes à acht maanden na het ontslag (overzicht 6.21).

De gegevens geven een achteruitgang te zien: een achtste van de ex-patiënten die zich bij het ontslag (sterk) verbeterd voelden, voelt zich na zes à acht maanden achteruit gegaan, terwijl twee van de zes ex-patiënten, die zich sterk achteruit gegaan voelden tussen opname en ontslag, zich sterk verbeterd voelden.

Om het proces van verbetering/verslechtering nog eens te reconstrueren hebben we de gegevens die we driemaal over dezelfde ex-patiënten hebben kunnen verzamelen (n=352) met elkaar in verband gebracht.

Ten aanzien van het meer of minder problemen hebben dan vóór de opname blijkt dan dat uiteindelijk zes maanden na het ontslag:

- 65 procent voortdurend stelt minder problemen te hebben dan voor de opname;
- 15 procent hoewel niet voortdurend toch uiteindelijk ook stelt minder problemen te hebben;

## Overzicht 6.21 — Opnamesituatie en situatie zes à acht maanden na het ontslag (in %)

	Ex-patient voelt zich 6/8 mnd na het ontslag					
	sterk verbeterd	verbeterd	onveranderd	achteruitgegaan	sterk achteruitgegaan	Totaal
(Ex-)patient voelt zich op het ontslagmoment vergeleken met de situatie vóór de opname						
sterk verbeterd	16	45	29	8	2	100 (153)
verbeterd	8	43	33	13	3	100 (159)
onveranderd	7	31	49	10	3	100 (29)
achteruitgegaan	0	33	17	50	0	100 (6)
sterk achteruitgegaan	0	0	100	0	0	0 (1)
totaal	12 (40)	43 (149)	32 (112)	11(39)	2 (8)	100 (348)

- 15 procent stelt uiteindelijk toch meer problemen te hebben dan voor de opname;
- 5 procent voortdurend heeft beweerd meer problemen te hebben dan voor de opname.

Met betrekking tot de vraag of de ex-patiënt zich verbeterd voelt in de periode van zes maanden na het ontslag, vergeleken met de periode vóór de opname, blijkt dat:

- 73 procent voortdurend stelt zich (sterk) verbeterd te voelen;
- 9 procent zich na een wat onduidelijke start, uiteindelijk toch (sterk) verbeterd voelt;
- 3 procent voortdurend stelt (sterk) achteruit gegaan te zijn in de zes à acht maanden volgend op het ontslag.

We kunnen hieruit concluderen dat uiteindelijk viervijfde van de ex-patiënten zich in de periode van ongeveer een half jaar na het ontslag vergeleken met de opnamesituatie (sterk) verbeterd acht.

Wat is de opvatting daarover van de hulpverleners?

Van 276 ex-patiënten beschikken we over het oordeel van twee of drie hulpverleners. Welnu, volgens hun opvattingen:

- is bij 51 procent van de ex-patiënten voortdurend sprake van een verbeterde toestand;
- is bij 14 procent na een onzeker begin uiteindelijk toch sprake van verbetering;

- is bij 29 procent na een goed begin tot uiteindelijk sprake van achteruitgang;
- is bij 6 procent in de ongeveer zes maanden volgend op het ontslag, steeds sprake van achteruitgang.

Bij nadere analyse blijken ex-patiënten en hulpverleners het op dit punt sterk met elkaar eens te zijn (Cramér's  $V = .41$ ).

Een laatste gegeven ons door de ex-patiënt verschaft is het antwoord op de vraag ('U bent nu al een tijdje weg uit het APZ') 'Hoe voelt U zich nu?'

Een voortdurend positief antwoord op deze vraag werd door 187 (56%) van de 332 ex-patiënten gegeven; 32 procent voelde zich bij het ontslag niet zo goed, maar dat werd in de daaropvolgende maanden beter; 12 procent voelde zich goed bij het ontslag maar met hen ging het uiteindelijk toch slechter.

Tenslotte is nagegaan of de diverse hulpverleners vanaf het ontslag hebben verwacht dat bij 'hun' ex-patiënten ( $n=300$ ) inzake sociaal en psychisch functioneren er na het ontslag nog verandering zou optreden. Bij iedere ex-patiënt hebben hulpverleners minstens twee keer een oordeel gegeven.

Ten aanzien van het sociale functioneren wordt door 29 procent van hen bij 'hun' ex-patiënten na het ontslag nog een verbetering verwacht (bijna de helft (49%) noemt de toestand stabiel). Ten aanzien van het psychisch functioneren wordt door 36 procent na het ontslag nog verbetering verwacht (door 49 procent wordt de toestand stabiel genoemd). Deze verwachting is ongeacht het al dan niet slechte niveau van psycho-sociaal functioneren wat de hulpverlener bij het ontslag van de ex-patiënt constateerde (slechts bij 52 procent werd toen 'goed' geconstateerd).

Overigens mag uit het feit dat het merendeel van de ex-patiënten zich (uiteindelijk) verbeterd acht, niet worden afgeleid dat ze geen hulp en ondersteuning meer nodig zouden hebben. Volgens de nazorg is dat volgens hun uitspraken drie en zes maanden na het ontslag, nagenoeg voor ieder (90%) van hun cliënten nog nodig.

Wanneer kunnen we nu bij ex-patiënten spreken van een echte verbetering c.q. van een positieve ontwikkeling?

Nemen we als criterium de permanente bevestiging van zowel ex-patiënten als 'diens' hulpverlener dan zou bij 35 procent van de ex-patiënten na de opname in een APZ van een echte verbetering kunnen worden gesproken. Aangezien dit wel een zeer strikte toepassing is (ook ex-patiënten hebben hun minder goede dagen) lijkt het ons dat ook de 9 procent die na een wat onzekere start of vanuit een goede start gevolgd door een wat onzekere situatie na drie maanden ook een positieve ontwikkeling aangeven, daartoe gerekend kunnen worden. Waarschijnlijk is het aantal ex-patiënten dat een echte verbetering bij zichzelf kan signaleren groter door het feit dat de nazorg haar menig geeft over de vooruitgang van de ex-patiënt onder meer inhoudt dat deze ex-patiënten die nazorg (nog) nodig hebben. Een aanwijzing daarvoor kan gelegen zijn in de 17 procent ex-patiënten die volgens hun eigen opvatting ook een permanente verbetering hebben meegemaakt, maar over wie de nazorg niets zegt omdat die er niet is.

Het geheel overziende van de gegevens, die beweringen over positieve ontwikkelingen in de toestand van de ex-patiënten zouden kunnen ondersteunen, komen we tot de volgende constatering:

- bij het ontslag voelt 90 procent van de ex-patiënten zich al veel beter dan vóór de opname. Dat betekent niet dat hij dan ook minder problemen heeft dan voor de opname;
- als de (intramurale) hulpverleners een meer specifieke uitspraak doen over het niveau van psycho-sociaal functioneren van de ex-patiënt, wordt dit door hen slechts voor 47 procent van de ex-patiënten goed genoemd;
- tussen het ontslagmoment en zes maanden daarna vindt bijna 70 procent van de ex-patiënten zich verbeterd ten opzichte van het ontslagmoment; slechts 7 procent is ten opzichte daarvan echt achteruitgegaan. Dit gegeven wordt door de hulpverleners uit de nazorg ondersteund;
- vergeleken met de situatie vóór de opname signaleert ruim 80 procent van de ex-patiënten een (sterke) verbetering in de zes maanden na het ontslag. Los van elkaar, signaleren de intra- en extramurale hulpverleners bij 65 procent een verbetering en bij 29 procent ondanks een goed begin toch een uiteindelijke achteruitgang;
- in de zes maanden na het ontslag heeft ruim 50 procent zich voortdurend goed gevoeld en nog eens 32 procent ging zich steeds beter voelen;
- verbetering inzake het functioneren wordt door de hulpverleners bij 29 procent ook nog na zes maanden verwacht in sociaal opzicht en bij 36 procent in psychisch opzicht. Dat geldt dan niet speciaal de ongeveer 50 procent waarvan de hulpverleners het psycho-sociaal functioneren bij het ontslag niet zo goed of zelfs slecht noemden;
- tenslotte constateren we dat bij minimaal 35 à 45 procent van de ex-patiënten van een permanente (dat wil zeggen langer dan zes à acht maanden durende) verbetering kan worden gesproken.

#### **6.3.4. Is bij iedere ex-patiënt sprake van verbetering in de maanden volgend op het ontslag?**

Tussen de demografische kenmerken van de ex-patiënten en de variabelen waarmee de ex-patiënt zijn persoonlijke toestand na het ontslag beschrijft en waarmee zijn hulpverlener die toestand beschrijft, bestaan geen relevante samenhangen.

Tussen de zogenoemde klinische kenmerken en deze variabelen is dat wel het geval (bijlage 6.6). Zo blijken de hulpverleners de toestand van de ex-patiënten die minder dan twee maanden waren opgenomen als (zeer) slecht, en van hen die langer dan zes maanden waren opgenomen als goed tot zeer goed te definiëren.

Opmerkelijk is dat de psychotici er in de loop van de zes maanden na het ontslag uiteindelijk beter en de neurotici er slechter aan toe zijn. Dit geldt zowel naar hun persoonlijke opvatting als ook naar de opvatting daaromtrent van hun hulpverleners.



De startpositie van de psychotici wijzigt zich ook niet; vinden ze bij het ontslag al dat ze er niet goed aan toe zijn of voelen ze zich juist goed, dan blijkt dat ook zo in de zes maanden volgend op het ontslag. Bij de neurotici treedt daarentegen steeds na een goede start een verslechtering van de situatie op.

#### **6.4. Samenvatting**

We hebben de ex-patiëntfase beschreven als was het een proces van verwachtingen en van soms teleurstellende ervaringen. Teleurstellend omdat het optimisme waarmee met name de ex-patiënten op het ontslagmoment de toekomst tegemoet zagen, in de periode daarna niet blijkt te zijn bewaarheid. De frequentie waarmee dit voorkwam was zodanig dat dit naar onze mening een specifiek probleem genereert dat we frustratie hebben genoemd.

Het vertrek uit het APZ betekent voor nagenoeg iedereen dat ze 'naar huis' teruggaan. Voor driekwart van hen houdt dat het eigen gezin of het ouderlijk huis in. Op een enkel geval na, was de opname ook geen geheim voor de sociale omgeving. Wel blijkt dat volgens een vijfde van de ex-patiënten er meer mensen dan zij verwacht hadden van de opname afwisten. Bijna steeds betekent dat geen negatieve houding van deze sociale relaties tegenover de ex-psychiatrische patiënt; daarvan is slechts bij een kleine twintig procent sprake; het overgrote merendeel van de reacties van gezins-, familieleden en vrienden moet positief worden genoemd. Bovendien is er op dit punt bijna nooit sprake van gefrustreerdheid; er zijn nauwelijks tegenvallers. Als die er zijn, kunnen die worden gesignaleerd in de contacten van de ex-patiënten met vrienden en bekenden; niet in de contacten met gezins- en familieleden.

Belangrijk voor die situatie waarin de ex-patiënt terecht komt is vooral het gegeven dat volgens één op de tien ex-patiënten hun (directe) familieleden liever hadden gehad dat ze niet zo vroeg waren ontslagen uit het APZ.

Kortom, de algemene indruk is dat het contact met sociale relaties door het verblijf in het APZ niet nadelig wordt beïnvloed.

Het contact met collega's op het werk wordt in belangrijke mate bepaald door het gegeven dat één op de vier ex-patiënten die werk hadden vóór de opname, na het ontslag niet meer aan het werk komt en door het gegeven dat één op de vier van hen die wel weer aan het arbeidsproces gaan deelnemen niet hetzelfde werk doet als voor de opname.

Het grootste deel van hen, die niet in het arbeidsproces terugkeren, komt in de WAO terecht; frustrerend waar bijna de helft van hen zich niet arbeidsongeschikt voelt.

Concluderend constateren we dat het percentage ex-patiënten zonder werk voor de opname, met 25 procent oploopt na het ontslag.

Hoe problematisch is nu het ex-patiënt-zijn; hebben de ex-patiënten problemen ervaren, zeggen ook de hulpverleners dat die er zijn (geweest) en hebben die problemen dan te maken met het opgenomen zijn geweest?

In het algemeen blijkt dat het optimisme van de ex-patiënten bij het ontslag niet bewaarheid wordt. De intramurale hulpverleners blijken ten aanzien van 'hun' ex-patiënten realistischer te zijn, hoewel ook zij zich blijkbaar kunnen vergissen. Daarmee hangt samen dat ex-patiënten en hulpverleners het over een aantal zaken niet met elkaar eens blijken te zijn. Dat geldt bijvoorbeeld ten aanzien van de voorbereiding op mogelijke problemen na het ontslag; noch over het feit zelf, noch over de inhoud ervan zijn ze het eens. Ze zijn het wel eens over het gegeven dat met name in de gezinssituatie en in de vrije tijdsbesteding zich vooral problemen zullen gaan voordoen. En hierin worden ze gesteund door de feiten, zoals zij die hebben ervaren.

De voorbereiding in het APZ heeft zich met name gericht op problemen rond stress, eenzaamheid en zinvolle tijdsbesteding en ook op mogelijke reacties van de sociale omgeving op het opgenomen zijn geweest van de ex-patiënt. Dat gebeurt echter slechts bij de helft van de ex-patiënten.

Naast de algemene problematiek hebben we gezocht naar de extra-problematiek voor ex-psychiatrische patiënten. Ongeveer eenderde van de ex-patiënten vermeldt heel expliciet in de periode na het ontslag erop aangekeken te zijn dat men in 'een gekkenhuis' had gezeten.

De verwachtingen inzake deze etikettering zijn niet bij iedereen uitgekomen; bijna een vijfde (18%) had niets van etikettering gemerkt hoewel ze die wel verwacht hadden. Toch is het ook hier teleurstellend te moeten constateren dat een kwart geen etikettering had verwacht maar daar wel zegt mee te zijn geconfronteerd en meer dan de helft van hen was daar toch niet op voorbereid. Stigmatisering hebben we via meerdere items in kaart gebracht. Daaruit constateren we dat meer dan de helft (61%) van de ex-patiënten zich in het half jaar volgend op het ontslag op geen enkele wijze gestigmatiseerd heeft gevoeld, terwijl dat voor één op de acht patiënten in sterke mate wel heeft gegolden.

Voor wat betreft de mogelijke terugval of inzinking als extra-probleem van ex-psychiatrische patiënten, zien we hetzelfde beeld als in het voorafgaande; de ex-patiënt is optimistischer dan de (intramurale) hulpverlener; in 31 procent van de gevallen verwacht de hulpverlener wel een terugval terwijl de ex-patiënt die niet verwacht. De ex-patiënt komt dan ook na drie maanden het vaakst bedrogen uit: de helft van hen die geen terugval verwachtten heeft deze na drie maanden wel te verwerken gehad. Deze situatie blijkt in grote trekken gelijk als we de ervaringen van zes maanden na het ontslag vergelijken met de verwachtingen bij het ontslag. Over de totale periode van zes maanden na het ontslag blijkt bij ongeveer de helft (44%) van de ex-patiënten een niet verwachte terugval te zijn opgetreden.

De prognoses van de (intramurale) hulpverleners liggen weliswaar dicht bij de realiteit maar zijn toch nog in 29 procent van de gevallen te optimistisch geweest. Verder blijkt dat ex-patiënt en hulpverlener het ook niet met elkaar eens zijn: slechts

in 27 procent van de gevallen hebben ze beiden bij het ontslag een naar later blijkt juiste optimistische verwachting geformuleerd: in 27 procent van de gevallen hadden ze beiden ongelijk, waren ze té optimistisch.

Dat betekent dat voor ruim eenkwart van de ex-patiënten er echt iets onvoorspelbaars is gebeurd; noch zichzelf, noch de hulpverlener die volgens hen van hun situatie het best op de hoogte was, had een terugval verwacht; vandaar dat we dit een echte frustratie hebben genoemd. Van een echte meevaller kunnen we in 2 procent van de gevallen spreken omdat daar zowel ex-patiënt als hulpverlener te pessimistisch bleken.

Op grond waarvan wordt nu geen terugval verwacht?

Voor de hulpverleners liggen de argumenten daarvoor enerzijds bij de goede conditie van de ex-patiënt en anderzijds bij de goede nazorg. Verder wordt door hen naast de slechte conditie van de ex-patiënt een hele reeks factoren genoemd op grond waarvan een terugval door hen wel wordt verwacht.

Passen we een zeer strenge definitie toe bij de beantwoording van de vraag of ieder ontslag gevolgd wordt door problemen (dat wil zeggen dat de ex-patiënt niet te maken heeft gehad met ofwel etikettering, ofwel met een terugval of in het algemeen met problemen) dan is slechts 34 procent van de bij het ontslag geïnterviewde ex-patiënten de eerste drie maanden en slechts 17 procent van deze ex-patiënten de eerste zes maanden probleemloos doorgekomen.

Dat betekent dat de hierboven gestelde vraag voor de zes maanden volgend op het ontslag voor 83 procent van de ex-patiënten bevestigend moet worden beantwoord.

Is de toestand van de ex-patiënten in de periode na het ontslag toch wel beter dan voor de opname?

Deze vraag kan voor bijna alle ex-patiënten afgaande op hun eigen beleving positief worden beantwoord.

Naar de indruk van de hulpverleners voelt driekwart van hun ex-patiënten zich (heel) goed op het ontslagmoment; de hulpverleners karakteriseren de situatie van het merendeel van hun cliënten met 'het gaat wel'.

Een vergelijking gemaakt door de ex-patiënten tussen hun situatie op het ontslagmoment en zes maanden daarna geeft aan dat meer dan driekwart van hen zich sinds het ontslagmoment (sterk) verbeterd acht.

Ook de andere gegevens door de ex-patiënten verschaft wijzen in dezelfde richting. De hulpverleners constateren bij een geringer aantal ex-patiënten een verbetering dan de ex-patiënten zelf: constateren ze bij bijna eenderde van hun ex-patiënten na een goede start een verslechting, bij meer dan de helft constateren zij ook verbetering. Voor nagenoeg iedereen van de ex-patiënten ongeacht achteruitgang of verbetering, achten de hulpverleners ondersteuning nodig.

Wanneer kunnen we nu bij ex-patiënten, spreken van een positieve ontwikkeling c.q. van een echte verbetering in de tijd tussen de opname in het APZ en zes maanden na het ontslag daaruit? Gaan we zeer strikt te werk bij de interpretatie van de gegevens die tot onze beschikking staan, dan kan bij 35 tot 45 procent van de ex-patiënten van een echte verbetering worden gesproken.

Wat is tenslotte te constateren op grond van een aantal demografische gegevens? Inzake de werksituatie van de ex-psychiatrische patiënten blijken de gunstige prognoses bij mannen en de ongunstige bij vrouwen uit te komen. Deze gunstige prognoses bij mannen leveren overigens ook juist de tegenvallers en de ongunstige prognoses bij de vrouwen juist de meevallers op.

Wil je als ex-patiënt kans hebben je werk terug te krijgen dan dien je bovendien niet ouder dan 45 jaar te zijn en bij voorkeur meer dan een lagere opleiding te hebben gehad.

Deze categorie ex-patiënten wordt ook bij uitstek voorbereid op mogelijk voorkomende problemen; deze categorie maakt juist ook melding van specifieke problemen als etikettering en terugval.

Lager opgeleiden, ex-patiënten ouder dan 45 jaar krijgen opmerkelijk minder kansen.

Wat betreft de zogenoemde klinische kenmerken blijkt de categorie ex-patiënten die voor het eerst waren opgenomen zich van de andere ex-patiënten te onderscheiden:

- bij hen blijken relatief de meeste teleurstellingen inzake het werk voor te komen; begrijpelijk waar zij vóór de opname werk hadden en er van uitgaan dat ze dat terugkrijgen;
- zij merken relatief het meest op dat ze werden voorbereid op reacties vanuit de sociale omgeving.

Ook inzake de verblijfsduur zijn er verschillen te constateren.

Zij die korter dan twee maanden in het APZ verbleven vormen blijkbaar een riskante groep:

- zij voelen zich niet voorbereid op de situatie na het ontslag; daarvoor blijf je ongeveer zes maanden in een APZ te moeten verblijven;
- hun toestand bij het ontslag wordt relatief vaak door hun hulpverleners slecht genoemd;
- bij deze categorie zijn relatief ook de meeste frustraties inzake het terugkrijgen van werk te signaleren; om dat terug te krijgen dien je blijkbaar toch langer in een APZ te verblijven.

Tenslotte zijn er verschillen per diagnosecategorie te signaleren.

Zij die met de diagnose neurose waren opgenomen blijken:

- met name de eerste weken na het ontslag problemen te hebben gehad;
- maken relatief het meest melding van ervaringen met stigmatisering;
- juist te maken te krijgen met een terugval, hoewel zij die juist niet (en psychotici en verslaafden juist wel) hadden verwacht;
- na een goede start bij het ontslag zich gaandeweg slechter te gaan voelen.

Bovendien blijken ook de hulpverleners inzake hun prognoses over de toekomst van deze ex-patiënten zich nogal eens te vergissen.

Daar staat tegenover dat zij die met de diagnose psychose waren opgenomen:

- relatief minder melding maken van problemen in de eerste weken na ontslag;

- relatief minder melding maken van ervaringen met stigmatisering;
- (zoals ook verslaafden) toch een terugval verwachten na het ontslag, maar dat dat veelal meevalt;
- in tegenstelling tot de neurotici een vrij constante verbetering te zien geven na het ontslag.

Bovendien vergissen de hulpverleners zich in hun prognoses niet inzake het mogelijke optreden van een terugval bij deze categorie.



### *Inleiding*

Een van de belangrijkste vragen van het onderzoek is de vraag, hoe de hulpverlener zo kan inspelen op de situatie van de patiënt ook vóór en na het ontslag uit het psychiatrisch centrum, dat heropname kan worden voorkomen. Deze vraagstelling verwijst naar een afstemming tussen intra- en extramurale behandelings-, of zo men wil begeleidingsactiviteiten, en naar een bepaalde lijn die in het geheel van de intra- en extramurale behandeling tot uitdrukking komt.

Weliswaar kan deze van patiënt tot patiënt verschillen, dus een individueel karakter hebben. Daarnaast bestaat ook de mogelijkheid dat per APZ het karakter van dit totale hulpverleningspakket verschilt. Desondanks zal, gezien de gemeenschappelijke algemene doelstelling en het feit dat de middelen per APZ globaal hetzelfde mogelijk maken, een aantal gemeenschappelijke elementen te onderscheiden zijn (misschien zelfs meer naarmate er van een samenwerking tussen diverse ziekenhuizen sprake is). Dit betekent niet dat er geen accentverschillen aanwijsbaar zijn tijdens het hulpverleningsproces.

Ons uitgangspunt is echter dat idealiter de splitsing tussen intramurale behandeling en extramurale voor- en nazorg ten hoogste op zuiver praktische en geenszins op inhoudelijke gronden mag berusten.

Als problemen van ex-patiënten object zijn van de nazorginstanties, dan lijkt het gezien de 16 procent die na het ontslag *niet* in een of andere vorm met problemen te maken hebben, voor de hand te liggen dat nagenoeg iedere ex-patiënt nazorg zal krijgen. Formeel klopt dit voorzover steeds bij ieder ontslag de huisarts op de hoogte wordt gesteld van de toestand van de ex-patiënt en van de afspraken die ten aanzien van de verdere begeleiding met de ex-patiënt en eventueel met nazorginstanties zijn gemaakt.

De achterliggende redenering is hierbij dat de huisarts als centraal coördinatiepunt van de zorg fungeert. Wil hij als 'huis'arts kunnen fungeren dan dient hij zo goed mogelijk op de hoogte te zijn van het wel en wee van zijn patiënten. Dat betekent dus dat de huisarts gemeld wordt of er wel of geen nazorg door anderen dan door hem wordt gegeven, of de familie een rol is toebedacht, of de ex-patiënt poliklinisch nog op controle komt en of er depotmedicatie<sup>1</sup> plaatsvindt.

Vindt er naast de melding via de ontslagbrief nazorg plaats in de meer strikte zin (dat

wil zeggen dat er activiteiten plaats dienen te vinden binnen korte tijd) dan wordt de betreffende nazorginstantie ook nog rechtstreeks door het APZ telefonisch benaderd. Dat wil evenwel niet zeggen dat dit contact ook steeds tot het beoogde resultaat leidt: APZ en nazorginstantie kunnen daaromtrent verschillende opvattingen hebben (er bestaat een verschil van mening over de urgentie, de nazorginstantie ziet geen kans dit te realiseren). Deze striktere nazorg als activiteit, is de nazorg die in dit hoofdstuk centraal staat. De veronderstelling hierbij is dat mede daardoor heropname vertraagd c.q. zelfs voorkomen kan worden.

De aard van deze nazorg kan overigens verschillen: bij psychotici moet er meer op worden toegezien dat zij zich aan afspraken houden, terwijl bij neurotici actief begeleiding wordt gegeven in de vorm van psychotherapie.

Hoe het een en ander empirisch onderbouwd kan worden zal in dit hoofdstuk aan de orde komen.

Ervan uitgaande dat het organiseren van de nazorg een eerste vereiste is, wil de inhoud en het doel ervan besproken kunnen worden, zullen we in de eerste paragraaf ons bezighouden met de organisatie en ook de realisatie van de nazorg door de daartoe aangewezen instantie (paragraaf 7.1).

Daarna zullen we proberen een aantal inhoudelijke aspecten van de nazorg te belichten; onder andere de wijze waarop sociale relaties daarbij worden betrokken zal onze aandacht krijgen (paragraaf 7.2).

Vervolgens zullen we nagaan hoe de nazorg is beëindigd en hoe deze met name door de ex-patiënten is beoordeeld (paragraaf 7.3).

Vervolgens zullen we onze aandacht richten op de vraag voor wie de nazorg meer specifiek is bestemd (paragraaf 7.4). Voort dit laatste zal regelmatig een vergelijking worden gemaakt met een aantal onderzoeksresultaten en conclusies van Ten Horn (1982) die in haar dissertatie 'Nazorg geeft Kopzorg' de nazorg tot object van studie heeft gemaakt. Bovendien doet zij een aantal suggesties betreffende mogelijke onderzoeksresultaten op grond waarvan wij ons onderzoeksmateriaal zullen analyseren, alsook een methodologisch advies voor onderzoek naar de zorg. Volgens Ten Horn dient dergelijk onderzoek een prospectief en longitudinaal karakter te hebben (Ten Horn 1982: 178). Ons onderzoek heeft dit karakter en daarvan zullen we in dit hoofdstuk zo veel mogelijk gebruik maken.

Zoals gebruikelijk, zullen we ook dit hoofdstuk besluiten met enkele samenvattende conclusies (paragraaf 7.5).

## **7.1. Organisatie en realisering van de nazorg**

### **7.1.1. De organisatie**

Bij de beschrijving van de nazorg kunnen we gebruik maken van gegevens uit drie bronnen: de patiëntenregistratiekaart (P-kaart), de interviews met de ex-patiënten en de interviews met de hulpverleners. Met betrekking tot de organisatie van de nazorg



is niet alleen van belang of de nazorg geregeld is, maar ook of deze regeling verder gaat dan alleen het ontslagmoment. Tevens is van belang te weten of naast de melding van het ontslag aan de huisarts, er ook nog van deze en/of van andere instanties activiteiten worden verlangd.

Volgens de registratiekaart zou bij 3 procent van de geïnterviewde ontslagpatiënten geen 'behandeling/begeleiding na het ontslag' plaatsvinden; van de ex-patiënten zelf beantwoordde bij hun vertrek uit het APZ 14 procent de vraag 'krijgt U nazorg' met 'nee'. Overigens is het krijgen van nazorg voor de helft van de ex-patiënten geen onbekend gegeven daar zij reeds eerder nazorg kregen. Verder blijkt dat volgens 92 procent van de (intramurale) hulpverleners 'hun' ex-patiënt van de een of andere instantie nazorg kreeg. Retrospectief stelt 21 procent van de ex-patiënten (n=414) na 3/4 maanden dat er bij het ontslag of kort daarna niets blijkt geregeld te zijn wat betreft nazorg. Dat ook de 'nazorg' zelf van een dergelijke regeling niet steeds op de hoogte is, moge blijken uit het gegeven dat 7 procent van deze hulpverleners na drie maanden (n=313) zegt dat bij het ontslag van 'hun' cliënt er geen nazorg was geregeld en dat 4 procent zegt daarvan niet op de hoogte te zijn. De belangrijkste reden daarvoor was dat de ex-patiënten dat niet nodig vonden. Overigens wordt de nazorg volgens 64 procent van de hulpverleners uit de nazorg niet door hen alleen gegeven maar gelijktijdig en in de meeste gevallen ook in samenwerking met anderen<sup>2</sup>. Dat blijkt ook uit het gegeven dat bij het ontslag door 420 ex-patiënten 792 nazorginstanties worden genoemd: dat is bijna twee per ex-patiënt.

In hoeverre de ex-patiënten daarover bij het ontslag zelf een idee hebben blijkt uit overzicht 71.

Waar we zojuist vermeldden dat volgens 64 procent van de hulpverleners (uit de nazorg) deze nazorg door meerdere instanties tegelijk werd gegeven, bestaat bij de hulpverleners blijkbaar een ruimer begrip inzake samenwerking in de nazorg dan in de ideeën daarover van de ex-patiënt bij het ontslag; van hen noemt immers (slechts) 33 procent meerdere instanties.

Wie dient nu volgens het APZ de begeleiding van de ex-patiënt na het ontslag op zich te nemen? Volgens de patiëntenregistratie zijn dat vooral<sup>3</sup> de psychiatrische polikliniek (32%), de huisarts (21%) en de SPD (20%) (overzicht 7.2).

Opgemerkt dient hierbij dat de huisarts bij iedere ex-patiënt is betrokken doordat hij van het ontslag van zijn cliënt uit het APZ op de hoogte wordt gesteld. Is er geen andere nazorg-instantie belast met de begeleiding na het ontslag, dan zal de huisarts zelf ook daadwerkelijk iets aan de nazorg moeten doen.

Het is de vraag of er continuïteit bestaat in de instantie die voor en na het verblijf in het APZ de zorg uitoefent. In het onderzoek van Ten Horn (1982: 53) was 67 procent van de ex-patiënten die van een bepaalde instantie nazorg kregen, daarin het jaar voor of tijdens opname al geweest. Dit gegeven kunnen we niet bevestigen of ontkennen. Wel blijkt uit ons onderzoek dat enkele instanties eerder voor de nazorg in aanmerking komen doordat ze zelf naar het APZ verwezen, dan andere die niet verwezen. Zo komt bijna de helft (45%) van hen die door de psychiatrische polikliniek werden

**Overzicht 7.1 — Krijgt U nazorg van...? (in %)\***

door één nazorginstantie 67%	alleen door de huisarts	13	(46)
	alleen door de SPD	11	(38)
	alleen door de vrijgevestigd zenuwarts	3	(11)
	alleen door het maatschappelijk werk	9	(33)
	alleen door de polikliniek	26	(93)
	alleen door dagbehandeling	3	(11)
	alleen door het CAD	2	(7)
door meerdere instanties tegelijk 33%	huisarts samen met maatsch werk	5	(16)
	huisarts samen met de SPD		
	huisarts samen met SPD en andere instanties	2	(8)
	huisarts met APZ-polikliniek	8	(27)
	huisarts met vrijgevestigd zenuwarts	1	(5)
	SPD met APZ-polikliniek	1	(4)
	maatsch werk met APZ-polikliniek	2	(6)
	andere kombinaues	8	(25)
Totaal		100	(352)

\* Volgens 74 van de 426 ex-patienten die zeggen nazorg te krijgen, wordt deze door andere instanties gegeven dan genoemd in overzicht 7.1. Het betreft hier familie, gezinszorg, reclassering, etc. als enige instantie, ofwel combinaties daartussen dan wel met bovengenoemde instanties.

**Overzicht 7.2 — Begeleiding, behandeling na het ontslag door... (in %)**

huisarts	21 (110)
psychiatrische polikliniek	32 (168)
sociaal Psychiatrische Dienst	20 (104)
vrijgevestigde zenuwarts	2 (8)
dagbehandeling in het psychiatrisch ziekenhuis	8 (39)
anders	10 (53)
geen nazorg of onbekend	7 (35)
Totaal	100 (517)

verwezen (13%) naar het APZ, ook voor de nazorg bij deze polikliniek terecht. Voor de SPD is dat 37 procent.

Waar het echter allerm minst vanzelfsprekend is dat ex-patiënten voor de verdere begeleiding na de intramurale zorg bij de aanvrager voor de opname in het APZ terecht komen, is het beter na te gaan of er continuïteit is in de instanties die de nazorg doen. Om daarvan een idee te krijgen zijn we nagegaan bij welke instanties de hulpverleners werkten die we na drie maanden geïnterviewd hebben; deze instanties hebben we daarna vergeleken met de instanties die volgens de registratiekaart, de begeleiding na het ontslag op zich namen. Waar de huisarts toch een van de belangrijkste nazorgfunctionarissen is, hebben we evenwel eerst de continuïteit inzake de functionarissen geanalyseerd. Zonder uitputtend te willen zijn blijkt dan dat waar de huisarts bij het ontslag met de nazorg is belast (n=110), deze in 72 procent van deze gevallen de nazorg na drie maanden nog steeds doet of deze dan heeft afgesloten; bij de rest (28%) bleek de nazorg dan vooral door een maatschappelijk werker of een vrij gevestigd psychiater te worden verricht.

Uit dezelfde gegevens blijkt overigens dat bij nazorg door de polikliniek (n=166) in 40 procent van de gevallen deze vooral door de psychiater wordt gedaan, in 20 procent door (hoofd)verpleegkundige en in 14 procent door het maatschappelijk werk. Bij nazorg door de SPD (n=104) is het aandeel van de psychiater in de nazorg slechts 9 procent. Zowel bij de nazorg door de huisarts als door de APZ-polikliniek speelt het maatschappelijk werk een belangrijke rol.

Om nu terug te komen op de eerder gestelde vraag inzake continuïteit van nazorginstanties hebben we de polikliniek, de huisarts en de SPD (RIAGG) als grootste nazorginstanties (samen 76 procent van de begeleiding na het ontslag) gevolgd over de periode van zes maanden na het ontslag (diagrammen 7.3, 7.4 en 7.5).

Het stroomdiagram geeft de feitelijke situatie aan na zes maanden.

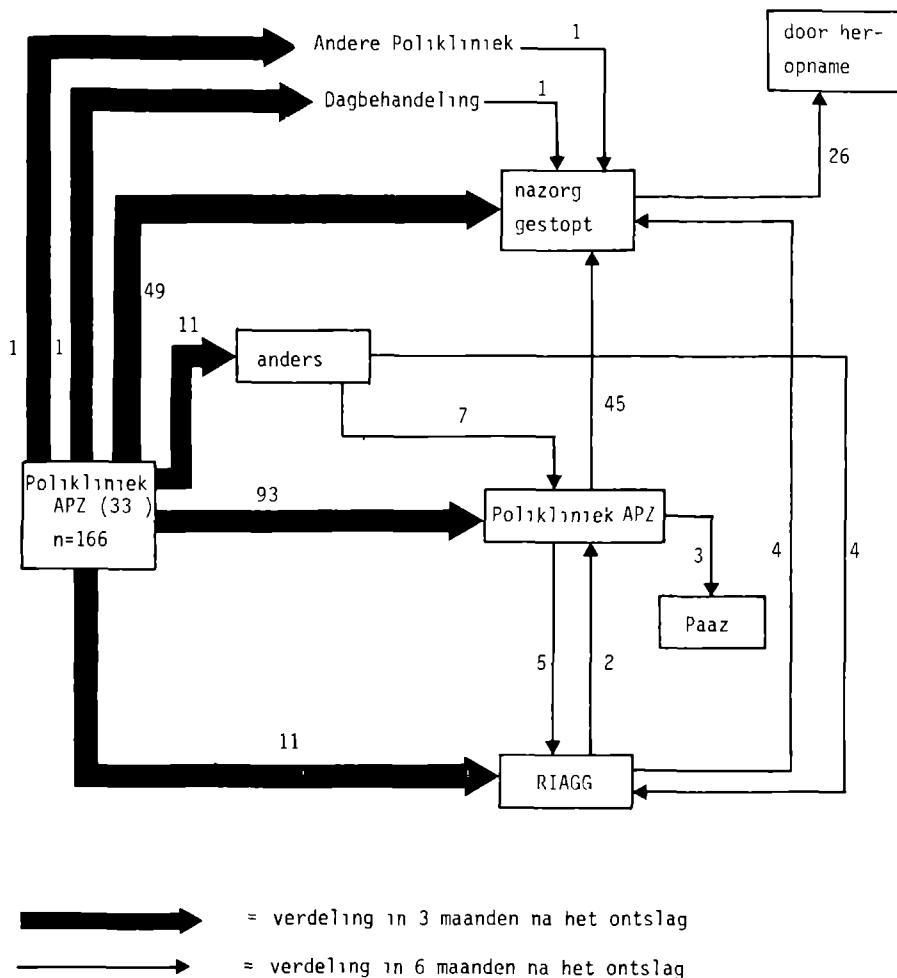
Uit dit diagram valt af te leiden dat van de 166 ex-patiënten die na het ontslag begeleid zouden worden door de polikliniek, na zes maanden:

- 49 (30%) ex-patiënten nog of weer nazorg kregen van de polikliniek van het APZ;
- 14 (8%) ex-patiënten nog nazorg kregen van de RIAGG;
- 3 (2%) ex-patiënten in een PAAZ verbleven;
- 100 (60%) ex-patiënten geen nazorg meer kregen (om reden dat het niet meer nodig was (n=75) of omdat de ex-patiënt heropgenomen was (n=26)).

Wat betreft de continuïteit in de begeleiding, blijkt dat van de zojuist genoemde 49 ex-patiënten die na zes maanden nog nazorg hadden van de polikliniek, 40 ex-patiënten in die zes maanden steeds van de polikliniek nazorg kregen; dat is een kwart van hen die direct al na het ontslag poliklinische nazorg kregen.

We kunnen constateren dat de nazorg door de polikliniek een grote mate van continuïteit kent. De nazorg wordt niet overgedragen aan andere nazorginstanties, ook niet aan de SPD (RIAGG). Een constatering die parallel loopt met die van Ten Horn (1982: 52).

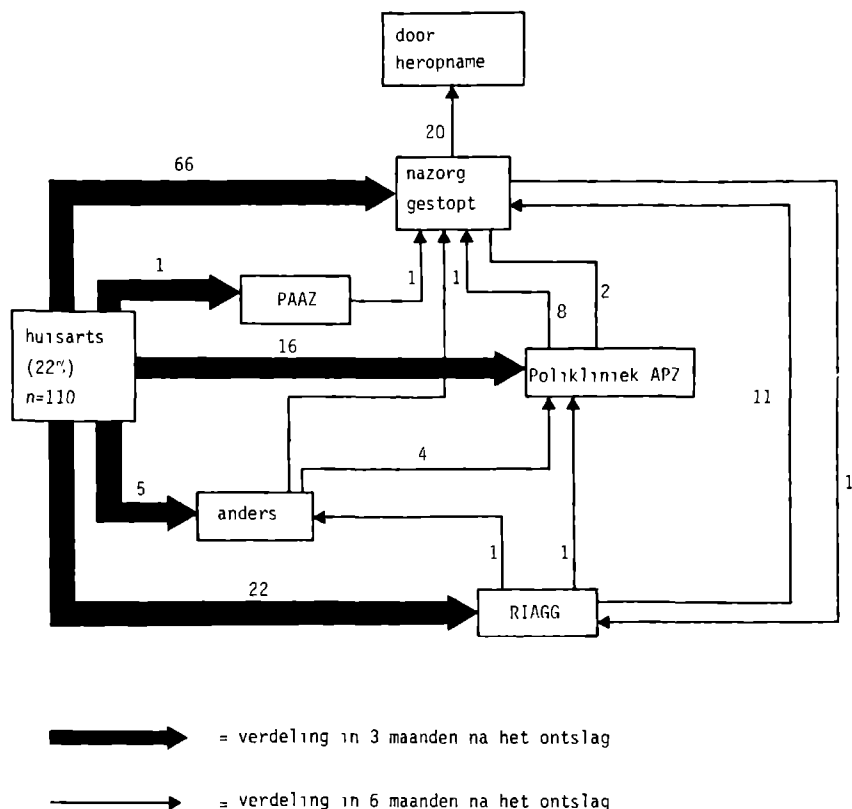
**Diagram 7.3 — Ex-patiëntenstroom vanuit de polikliniek als nazorginstantie**



Tenslotte blijkt een kwart van hen die na zes maanden geen nazorg krijgen, ondertussen te zijn heropgenomen.

In diagram 7.4 volgen we de ex-patiënten die door de huisarts na het ontslag begeleid worden (het gaat hier niet om formele betrokkenheid).

Diagram 7.4 — Ex-patiëntenstroom vanuit de huisarts als nazorginstantie



Uit dit diagram blijkt dat drie en zes maanden na het ontslag niet meer de huisarts (die de eerste begeleider was) de nazorg doet maar vooral de polikliniek van het APZ en de SPD (RIAGG):

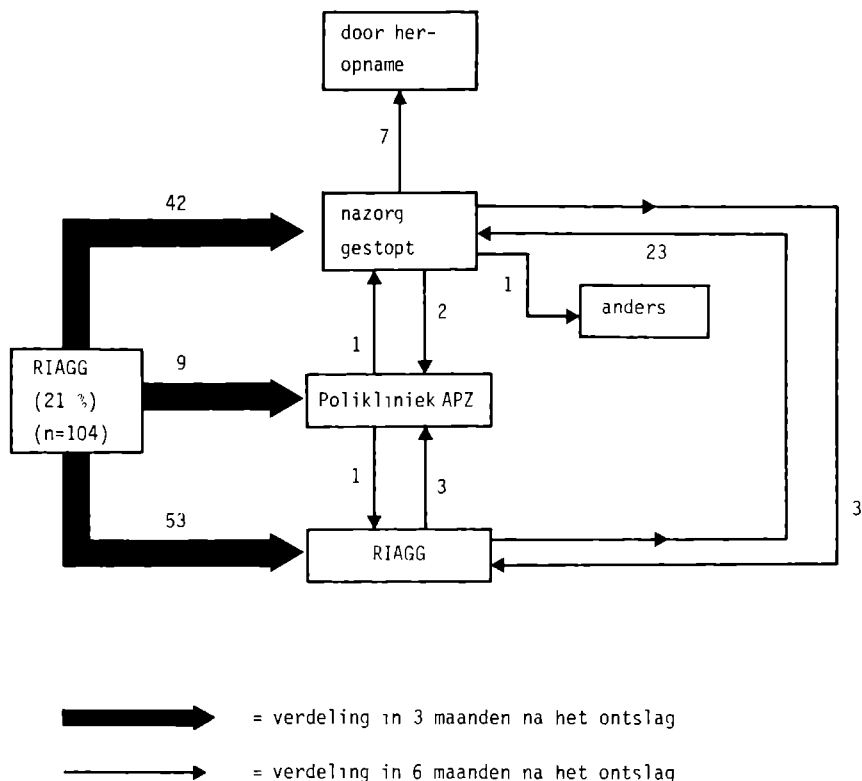
- 15 (14%) ex-patiënten krijgen na zes maanden nazorg van de polikliniek van het APZ;
- 10 (10%) ex-patiënten krijgen nazorg van de SPD (RIAGG);
- 1 (1%) ex-patiënt werd opgenomen in een verpleeghuis;
- 84 (75%) ex-patiënten kregen geen nazorg meer (niet nodig (n=64) of heropname (n=20)).

Hieruit blijkt dat er geen continuïteit is in de nazorg door de huisarts, c.q. dat deze de nazorg overdraagt aan of in combinatie verricht met andere nazorginstanties ofwel als verwijzer optreedt voor de heropname.

Hier krijgt na zes maanden bijna een op de zes van de ex-patiënten geen nazorg meer omdat ze zijn heropgenomen.

In diagram 7.5 zullen we de ex-patiënten volgen die door de SPD na het ontslag begeleid worden. Omdat de SPD tijdens de gegevensverzameling in de RIAGG opging, is deze ook als zodanig benoemd.

*Diagram 7.5 — Ex-patiëntenstroom vanuit de RIAGG als nazorginstantie*



Uit dit overzicht valt af te leiden dat van de 104 ex-patiënten die na het ontslag begeleid worden door de SPD:

- 31 (30%) ex-patiënten na zes maanden nog nazorg krijgen van de SPD (RIAGG);
- 12 (11%) ex-patiënten nog nazorg krijgen vanuit de polikliniek;
- 1 (1%) ex-patiënt is opgenomen in een verpleeghuis;
- 60 (58%) ex-patiënten geen nazorg meer krijgen (niet nodig (n=53) of heropname (n=7)).

Hier krijgt een op de zes, na zes maanden geen nazorg meer omdat ze zijn heropgenomen. Wat betreft de continuïteit in de begeleiding, blijkt dat van de zojuist genoemde 31 ex-patiënten die na zes maanden nog nazorg hadden van de SPD (RIAGG) er 27 in die zes maanden steeds van deze SPD nazorg kregen; zoals bij de polikliniek is dat ook hier een kwart van hen die direct al na het ontslag van de SPD nazorg kregen.

Zoals bij de polikliniek zien we ook hier een grote mate van continuïteit. Ook hier is nauwelijks sprake van nazorgoverdracht. Dat blijkt ook uit het gegeven dat de nazorgcombinaties van huisarts met APZ-polikliniek en huisarts met RIAGG vrij regelmatig voorkomen (ongeveer 10%) in deze maanden na het ontslag en de onderlinge doorstroming van APZ-polikliniek en RIAGG nagenoeg niet.

De geconstateerde continuïteit in de nazorg geldt alleen voor hen die na zes maanden nog nazorg hadden. Uit het geheel van deze drie overzichten blijkt namelijk dat van de 380 ex-patiënten die door de polikliniek, de SPD of de huisarts worden begeleid na het ontslag, 157 (42%) na drie maanden en 245 (64%) na zes maanden geen nazorg meer kregen. Aangezien van die 157 ex-patiënten na drie maanden 36 ex-patiënten waren heropgenomen en van de 245 ex-patiënten 17, wordt 32 procent van de ex-patiënten na drie maanden en 60 procent na zes maanden niet meer begeleid. Zoals we zagen was dat volgens 14 procent ( $n=70$ ) van de 517 ex-patiënten al vanaf het ontslag het geval en volgens de hulpverleners bij 15 procent ( $n=78$ ). Een belangrijke verklaring voor de niet zo langdurige nazorg lijkt gelegen in het feit dat de nazorg na drie maanden is gerelateerd aan de interactie tussen een ex-patiënt en een hulpverlener (die geïnterviewd is). Dat betekent dat het afhaken van medicijnen bij de huisarts<sup>4</sup> niet en de poliklinische verstrekking daarvan door het APZ wel tot de nazorg is gerekend: deze poliklinische controle houdt namelijk over het algemeen meer in dan alleen het ophalen van een recept (zo wordt met 45 procent van hen die volgens de intramurale hulpverleners medicijnen gebruiken, een afspraak gemaakt over het terugkomen voor controle (zie bijlage 7.1)).

Aan de ontslagpatiënten die naar eigen zeggen nazorg kregen ( $n=353$ ), is gevraagd waaruit die bestond. Volgens 31 procent bestond die alleen uit het innemen van medicijnen gecombineerd met poliklinische controle; bij 8 procent werden medicijnen gecombineerd met ambulante nazorg; 14 procent kreeg naar eigen zeggen alleen poliklinische nazorg; medicijnen met hulp in materiële zaken kreeg 10 procent, zodat we constateren dat dit conform het antwoord is op de vraag (bij het ontslag). 'Moet u nog medicijnen innemen?' Daarop gaf 75 procent van de ex-patiënten een bevestigend antwoord, een gegeven dat door de (intramurale) hulpverleners wordt bevestigd. Dat de ex-patiënten de medicijnen ook inderdaad gebruiken, kan blijken uit het feit dat 90 procent van de ex-patiënten (na drie maanden) zegt dat ze de medicijnen in de maanden die volgden op het ontslag ook hebben ingenomen en dat nagenoeg ieder van hen zegt ze ook dan (drie maanden na het ontslag) nog te gebruiken. Tussen drie en zes maanden na het ontslag neemt ongeveer een kwart (26%) deze niet meer hoewel dat wel moest; dit gebeurt dan met name omdat ze niet (meer) hielpen of bijverschijnselen gaven, maar ook omdat men zegt zonder medicijnen te kunnen of omdat de dokter het niet nodig vond.

### 7.1.2. De realisering

Al met al hebben we in het voorafgaande de indruk gewekt, dat het ontslag wel degelijk gevolgd wordt door de een of andere vorm van nazorg, hoewel niet van lange duur en sterk op medicijnen afgestemd.

In het onderzoek van Ten Horn (1982: 49, 150) zou slechts 53 procent nazorg krijgen. Daarbij haalt zij Kirk (1976) aan volgens wie de zogenaamde continuïteit van de zorg een mythe is.

Bestuderen we de administratieve gegevens van dit onderzoek dan zou aan vijf procent van de ex-patiënten geen nazorg worden gegeven: na drie maanden blijkt dat van hen die (administratief) wel nazorg zouden krijgen, 19 procent zegt dat die (nog) niet heeft plaatsgevonden. Dat betekent dat minimaal (aangezien het van de uitvallers niet bekend is) ongeveer 25 procent geen (ervaring met) nazorg heeft gehad in de drie maanden volgend op het ontslag. Een gegeven wat ook in die richting wijst is dat van de 82 procent ex-patiënten, die bij het ontslag zeggen wel nazorg te krijgen, 15 procent na 3 maanden zegt dat die (nog) niet heeft plaatsgevonden.

Mogelijk tot hun verrassing heeft bij een derde van hen, die bij het ontslag stelden geen nazorg te kunnen krijgen, deze na drie maanden volgens hun eigen zeggen wel plaatsgevonden.

Al met al blijken onze gegevens niet de resultaten van Ten Horn te onderschrijven. Aangezien nazorg ook niet altijd nodig of gewenst is, gaat onze aandacht ook veel meer uit naar diegenen bij wie wel nazorg was geregeld of was verwacht, terwijl deze niet blijkt te hebben plaatsgevonden. Bij nadere analyse van hetgeen volgens de registratiekaart was geregeld inzake de 'begeleiding na het ontslag' en de ervaring ermee van de ex-patiënten, wordt duidelijk dat met name de nazorg die door de huisarts zou moeten worden gegeven niet als zodanig door de ex-patiënten is ervaren<sup>5</sup>. In de drie maanden volgend op het ontslag zegt eenderde van de ex-patiënten voor wie deze nazorg werd geregeld dat deze niet heeft plaatsgevonden. De APZ-polikliniek en ook de SPD hebben beide met 88 procent het beste volgens de ex-patiënten van nazorg blij gegeven. Dat geldt ook voor de vrijgevestigde zenuwarts. Toch moeten we de huisartsen daarmee geen impliciet verwijt maken; zij worden in het algemeen als eerstelijns gezondheidszorg en als aangewezen coördinatiepunt van deze gehele zorg, niet meteen geïdentificeerd met de specifiek psychiatrische nazorg en worden derhalve als zodanig ook niet herkend en benoemd. Dit betekent overigens dat onze conclusies in vergelijking met de conclusies van Ten Horn die gebaseerd zijn op de registergegevens van 795 nazorgcliënten tussen 1974 en 1978 van een middelgrote Oost-Nederlandse stad, nog gunstiger zijn voor de nazorg(instanties) dan we al hadden vermoed.

Vanwaar nu die verschillen? Mogelijk op grond van het feit dat onze gegevens een vrij uitgestrekt verzorgingsgebied betreffen en niet één stad. Het verschil in gegevensverzamelingen lijkt echter niet dat verschil te bewerkstelligen: zowel bij Ten Horn als bij ons zijn de 'nazorgers' respondent, bij ons ook nog (en vooral) de ex-patiënten. De oplossing ligt naar ons idee in de operationalisering van de nazorg. Ten Horn hanteert



als uitgangspunt voor nazorg door een psychiatrische voorziening wanneer ‘tenminste één psychiater op de loonstaat<sup>4</sup> van een voorziening voorkomt’ (Ten Horn 1980: 30). Dat betekent dus geen nazorg door huisartsen, maatschappelijk werk, reclassering etc. Ook de semimurale voorzieningen zoals dagbehandeling worden door haar daar niet toe gerekend. Dit zou direct al betekenen dat het percentage dat administratief geen ‘nazorg’ zou krijgen boven de 30 procent zou stijgen. We hebben dit zo nauwkeurig mogelijk nagezocht met het volgende als resultaat (overzicht 7.6).

*Overzicht 7.6 — Een vergelijking van het onderzoek van Ten Horn met dit onderzoek inzake nazorg*

	Nazorginstellingen van Ten Horn	Ten Horn's – nazorginstellingen in dit onderzoek		
	(1980-60 e v., 209)	P-kaart	Patient- <sub>8</sub> gegevens	Hulpverleners- <sub>8</sub> gegevens
APZ-polikliniek	13%	33%		
RIAGG (inclusief vrijgevestigd zenuwarts)	14%	23%		
PAAZ-polikliniek	14%	–		
CAD	12%	11%		
vana	–			
totaal wel nazorg	53%	67%	64%	70%

\* De ex-patiënten en de hulpverleners geven geen specificatie over de nazorginstantie

Bestuderen we de antwoorden van de ontslagpatiënten en van de (intramurale) hulpverleners op de vraag ‘wie verzorgt de nazorg’ met het criterium van Ten Horn, dan zou in ons onderzoek volgens de ex-patiëntgegevens 36 procent en volgens die van de hulpverleners 30 procent geen nazorg krijgen en dat is niet de 47 procent die Ten Horn constateert.

Volgen we onze eigen maatstaf, dan worden zowel de huisarts als de dagbehandeling en het maatschappelijk werk als nazorginstanties gekwalificeerd daar ze ingaan op een aantal processen van het functioneren van ex-patiënten.

In dat geval zou volgens de gegevens van de ontslagpatiënten 81 procent en volgens de gegevens van de hulpverleners bij 92 procent de een of andere instantie de nazorg op zich nemen. Of die dan ook daadwerkelijk plaatsvindt, blijkt uit overzicht 7.7.

**Tabel 7.7 — Verband tussen de vraag bij het ontslag 'krijgt u nazorg?' en de vraag na drie maanden 'heeft de nazorg ook daadwerkelijk plaatsgevonden'? (in %)**

		nazorg heeft daadwerkelijk plaatsgevonden?		
		ja	nee	Totaal
krijgt U nazorg?	ja	75	13	88 (336)
	nee	4	8	12 (45)
Totaal		79 (302)	21 (79)	100 (381)

Uit deze tabel<sup>5</sup> blijkt dat in 21 procent van de gevallen na drie maanden nazorg niet heeft plaatsgevonden, waarvan 13 procent buiten de verwachting van de ex-patiënt. Dit wordt ondersteund door het onderzoeksgegeven van de P-kaart waar van de 95 procent georganiseerde nazorg, 21 procent volgens de ex-patiënten na drie maanden nog niet heeft plaatsgevonden.

Ook uit het volgende overzicht (7.8) waarin we het regelen van de nazorg volgens de ex-patiënten en het ervaren ervan volgens hen, met elkaar in verband hebben gebracht blijkt dezelfde tendens.

**Overzicht 7.8 — Verband tussen de vraag 'Is er bij ontslag nazorg geregeld?' en de vraag 'Heeft deze nazorg ook daadwerkelijk plaatsgevonden?' volgens de ex-patiënten (in %)**

wel geregeld en ook daadwerkelijk plaatsgevonden	75	(296)
niet geregeld en wel daadwerkelijk plaatsgevonden	4	(16)
wel geregeld en niet daadwerkelijk plaatsgevonden	4	(16)
niet geregeld en niet daadwerkelijk plaatsgevonden	17	(68)
totaal	100	(396)

Naar onze mening is het niet terecht de nazorg of beter 'de begeleiding na het ontslag uit een APZ' te beperken tot activiteiten van instanties waaraan minstens één psychiater is verbonden zoals Ten Horn (1982: 30) doet. Dit leidt tot 'psychiatri-sering' van de nazorg, dat zeker in een tijd waar de sociale indicering van de opname en het verblijf in een APZ een belangrijke rol krijgt toegewezen, als een anachronisme dient te worden bestempeld. Overigens wijst Ten Horn (1982: 31) zelf reeds daarop door te wijzen op de veranderingen die zich 'in de betrokkenheid van psychiaters bij bepaalde voorzieningen' gaandeweg hebben voorgedaan.

Onze conclusie blijft dat een overgroot deel (ongeveer 80%) van de ex-psychiatrische patiënten wel (hoewel niet altijd, psychiatrische) nazorg krijgt (zie overzicht 7.6).

Wat betreft de organisatie van de nazorg: deze werd volgens 88 procent van de ex-patiënten door iemand van het APZ geregeld; ook de hulpverleners uit de nazorg melden dat bij 70 procent van de gevallen; 29 procent van hen vermeldt ook dat zichzelf of andere extramurale hulpverleners de nazorg geregeld hadden en dat werd door de ex-patiënten niet vermeld.

Voorzover de intramurale hulpverleners een beoordeling kunnen geven van de samenwerking tussen nazorginstantie en het APZ, blijkt deze ten aanzien van met name de SPD, maar ook wel van de huisarts hoewel niet slecht, toch niet zo gunstig. Dat is (uiteraard) veel meer het geval ten aanzien van de eigen APZ-polikliniek. Van de hulpverleners uit de nazorg noemt 71 procent hun contact met het APZ goed tot zeer goed, terwijl 11 procent van hen die (zeer) slecht noemt. Als belangrijkste reden voor dit laatste worden genoemd het hanteren van een andere behandelingsfilosofie en het feit dat er zo weinig onderling contact bestaat. Ook wordt wel genoemd als redenen dat het APZ informatie achterhoudt, dat het contact altijd van hen en niet van het APZ lijkt te moeten uitgaan.

### **7.1.3. Samenvatting**

In de nazorg neemt de huisarts een centrale plaats in. Als 'centrale coördinator' van de gezondheidszorg wordt hij niet alleen steeds op de hoogte gesteld van de toestand van zijn cliënten om aldus echt 'huis'arts te kunnen zijn; hij heeft ook een belangrijk aandeel in de actieve nazorg (22%) onder andere door de medicijnenverstrekking (en 75 procent van de ex-patiënten vertrekt uit het APZ met medicijnen!). Naast de huisarts heeft ook de APZ-polikliniek een belangrijk aandeel in de nazorg (33%) alsook de SPD c.q. de RIAGG (21%). Zowel de polikliniek als de RIAGG blijven hun 'eigen' cliënten begeleiden en verwijzen nauwelijks naar elkaar. Er is hier dus wel sprake van continuïteit van nazorg-instantie. Over het geheel genomen blijkt dat 14 procent van de ex-patiënten na het ontslag niet verder meer begeleid zou worden. Later blijkt dat na drie maanden 21 procent geen nazorg heeft gekregen.

Volgens het onderzoek van Ten Horn (1982) zou 47 procent van de ex-patiënten in feite de eerste drie maanden na het ontslag geen nazorg krijgen. Waar in haar onderzoek alleen RIAGG, APZ-poliklinieken, PAAZ-en en CAD's als echte nazorginstanties worden gezien zou volgens deze norm in ons onderzoek aan 33 procent geen nazorg worden gegeven volgens de P-kaart, zou 36 procent van de ontslagpatiënten volgens henzelf en 30 procent van hen volgens de intramurale hulpverleners geen nazorg krijgen. Er blijft dus een verschil van minimaal 11 procent bestaan met de gegevens van Ten Horn. De inperking van Ten Horn is naar onze opvatting echter niet terecht: ook huisartsen, instanties als het algemeen maatschappelijk werk en semimurale voorzieningen als psychiatrische (secundaire) dagbehandeling (Scheffer, van den Hout, 1982) vervullen een belangrijke nazorgfunctie. Vanuit

deze opvatting zou voor slechts 5 procent geen nazorg zijn geregeld volgens de P-kaart; beter is aan de hand van de ervaringen van de (ex-)patiënten te stellen dat 21 procent na drie maanden blijkbaar geen nazorg in het voornoemde zin heeft ervaren. Tenslotte blijkt dat het APZ bijna steeds volgens de (ex-)patiënten de nazorg heeft geregeld, terwijl de hulpverleners uit de nazorg ook voor zichzelf daarin een rol hebben toebedeeld.

De samenwerking met de SPD wordt door de intramurale hulpverleners niet steeds even gunstig beoordeeld; 11 procent van de hulpverleners uit de nazorg noemt het contact met het APZ eveneens (zeer) slecht.

## **7.2. Ex-patiënt en hulpverlener in de nazorg**

### **7.2.1. Motivatie voor de nazorg**

Het al dan niet effect sorteren van de nazorg wordt vaak afhankelijk gesteld van een aantal factoren: de cliënt dient gemotiveerd te zijn, actief mee te doen; er dient een behandelplan te worden opgesteld en sociale relaties dienen zoveel mogelijk bij de nazorg betrokken te worden.

In de vorige paragraaf vermeldde we reeds dat bijna iedere ontslagpatiënt in de nazorg iets goeds, iets nuttigs zag. 94 procent van de ex-patiënten was het met de keuze van de nabegleiding ook eens. Dat niet iedereen daarom ook gemotiveerd is voor de nazorg moge blijken uit het gegeven dat 15 procent van de hulpverleners hun cliënt bij het begin van de nazorg niet gemotiveerd vond en dat na drie maanden 22 procent van deze hulpverleners dat van hun cliënten zeggen; 41 procent van de hulpverleners stelt dat zulks geldt voor de jongeren onder de 25 jaar.

Op deze door de hulpverleners aan de ex-patiënten 'toegekende' motivatie komen we later in deze paragraaf nog terug.

Men zou zich kunnen afvragen of een zekere motivatie niet is af te leiden uit de redenen welke geleid hebben tot de keuze van de vigerende nazorginstantie. Op de vraag of men een speciale reden had antwoordde 70 procent van de ex-patiënten na 3/4 maanden dat ze wel een speciale reden hadden en denken de nazorgers dat 88 procent van hun cliënten een speciale reden had.

Na 6/8 maanden denken beide groepen er nog steeds zo over.

Als we de belangrijkste speciale redenen eruit lichten krijgen we de volgende lijst:

- de ex-patiënt vond die instantie goed (22%);
- de ex-patiënt heeft vertrouwen in die instantie (28%);
- omdat de ex-patiënt al eerder contact had gehad met die instantie (34%);
- omdat de ex-patiënt nergens anders terecht kon (16%).

Goede ervaringen van de ex-patiënten met bepaalde instanties blijken de belangrijkste reden te zijn waarom de ex-patiënt bij een bepaalde instantie terecht komt. (Zoals we reeds eerder aangaven, had de helft van de ex-patiënten reeds eerder

contact met de ambulante psychiatrische hulp.) Deze goede ervaringen leveren een bijdrage tot het overwinnen van drempelvrees en het aankweken c.q. verhogen van de motivatie.

Een andere manier om de motivatie na te gaan is de wijze waarop de hulpverlener dat nogal eens doet. Hij concludeert uit onder andere het feit of de ex-psychiatrische patiënt zelf contact opneemt om nazorg te krijgen, dat de ex-patiënt daarvoor gemotiveerd lijkt te zijn. Dit uitgangspunt kan zelfs inhouden dat sommige individuele GGZ-hulpverleners (en ook wel ambulante GGZ-instanties) ervan uitgaan dat zij geen onderscheid moeten maken tussen mensen met problemen en ex-psychiatrische patiënten; hoewel deze laatsten toch slechts op basis van aanwezige nazorg het APZ konden verlaten en buiten het APZ kunnen functioneren. Op grond van de genoemde filosofie neemt de nazorg-instantie dan echter geen contact op met de ex-patiënt.

Dit contact-opnemen met de nazorg kan dus voor de nazorg-instantie blijk van gemotiveerdheid zijn, terwijl het voor de ex-psychiatrische patiënt als een nieuwe drempel kan gelden.

Uit het volgende overzicht (7.9) blijkt aan wie ex-patiënten en nazorg deze eerste contactopname drie maanden na het ontslag toekennen.

*Overzicht 7.9 — Wie heeft het eerst contact opgenomen inzake de nazorg (in %)*

overeenstemming 49% (145)	beiden (ex-patiënt en hulpverlener) nazorginstantie nam contact op	30	(88)
	beiden (ex-patiënt en hulpverlener) ex-patiënt	12	(36)
	beiden anders dan ex-patiënt of nazorginstantie	7	(21)
verschil in opvatting 51% (150)	ex-patiënt instantie + hulpverlener ex-patiënt zelf	12	(36)
	ex-patiënt ikzelf + hulpverlener onze instantie	6	(17)
	ex-patiënt instantie + hulpverlener anders	16	(47)
	ex-patiënt ikzelf + hulpverlener anders	6	(17)
	ex-patiënt anders + hulpverlener ex-patiënt zelf	3	(20)
	ex-patiënt anders + hulpverlener onze instantie	8	(23)
totaal		100	(295)

Uit het overzicht valt af te leiden dat de nazorginstanties toch over het algemeen een belangrijke rol spelen in het eerste nazorgcontact.

Gaan we ervan uit dat in de 'anders' categorie waarschijnlijk nooit persoonlijk initiatief van de ex-patiënt zal zijn begrepen, dan wordt bijna tweederde (61%) van de nazorgcontacten in ieder geval niet door de ex-patiënten zelf geïnitieerd. Daar zijn

ex-patiënten en hulpverleners het over eens. De eerder door ons gesuggereerde denkwijze van de SPD/RIAGG inzake de problematische positie van ex-patiënten wordt hiermee niet direct gesteund.

Slechts in 12 procent van de gevallen zijn beiden het erover eens dat de ex-patiënt zelf het initiatief heeft genomen, terwijl dit in 15 procent van de gevallen volgens de hulpverlener zo is en volgens de ex-patiënt niet. Gebruiken we deze variabele als indicator voor de mogelijkheid van de ex-patiënt tot contact met de nazorg, dan zou volgens 27 procent van de hulpverleners hiervan sprake zijn. Mede gezien de verschillen van opvattingen over deze eerste contactlegging en het reeds vermelde percentage van 85 procent dat volgens de (nazorg-)hulpverleners bij het ontslag gemotiveerd was voor nazorg, lijkt ons deze variabele echter niet zo indicatief voor de gemotiveerdheid van de ex-patiënt.

Verder blijft dat met name de ex-patiënten met een hogere opleiding zelf initiatief ontplooiën in die richting.

### 7.2.2. Participatie in de nazorg

Een geheel ander aspect van de betrokkenheid van de ex-patiënt bij de nazorg wordt gevormd door de vraag of de ex-patiënt 'zelf heeft kunnen meebeslissen over wat er in de nazorg gebeurde'. Van de 326 ex-patiënten die in de drie maanden na het ontslag nazorg kregen, zegt 29 procent (n=94) dat ze nooit of nauwelijks hebben kunnen meebeslissen. Van deze 326 was bij 68 ex-patiënten de nazorg ondertussen afgelopen (de helft van hen had deze nazorg als (volstrekt) nutteloos ervaren; bij hen bij wie de nazorg werd gecontinueerd was dat slechts 6 procent!) en het zal geen verwondering wekken dat juist van hen een relatief groot deel (41 procent tegen 29 procent gemiddeld) stelde niet of nauwelijks te hebben kunnen meebeslissen.

Zoals ook in het APZ, hebben de hulpverleners uit de nazorg ook nu weer een positiever beeld over het meebeslissen van de ex-patiënten; slechts 9 procent van deze hulpverleners zegt dat de ex-patiënt nooit of nauwelijks kan meebeslissen. Aangezien we van 290 hulpverleners uit de nazorg informatie hebben over 'hun' cliënten hebben we de overeenkomsten en verschillen in een overzicht (7.10) bijeen gebracht.

*Overzicht 7.10 — Kunt u (Kan uw cliënt) altijd meebeslissen over wat er in de nazorg ging gebeuren (in%)*

overeenstemming 74% (214)	ex-patiënt en hulpverlener ja, altijd of soms	69	(200)
	ex-patiënt en hulpverlener nee, nooit of nauwelijks	5	(14)
verschil van mening 26% (76)	ex-patiënt ja en hulpverlener nee	4	(11)
	ex-patiënt nee en hulpverlener ja	22	(65)
Totaal		100	(290)

Uit het overzicht blijkt dat 22 procent van de hulpverleners zegt hun cliënten steeds te laten meebeslissen hoewel deze zelf ontkennen dat ze die mogelijkheid krijgen. Van meebeslissen is zeker bij bijna tweederde (62%) sprake.

De veronderstelling dat het kunnen meebeslissen per nazorginstantie zou verschillen, wordt door verdere analyse niet bevestigd.

### 7.2.3. Behandelplan in de nazorg

Hoewel minder nadrukkelijk dan bij de intramurale psychiatrische behandeling, is er ook bij de nazorg wel sprake van een soort behandelplan in de vorm van op elkaar afgestemde afspraken tussen nazorg en cliënt.

In hoevere dit plan leeft bij (ex-)patiënten die nazorg hadden (gehad) en hun hulpverleners blijkt uit overzicht 7.11.

*Overzicht 7.11 — Opstelling nazorgplan en instemming ermee volgens ex-patiënten en hulpverleners (in %)*

nazorgplan		volgens ex-patiënten?			
				helemaal eens	77 (87)
			eens?	niet (helemaal) eens	23 (17)
	wel	31 (114)			
	nee	62 (194)			
	weet niet	8 (22)			
	totaal	100 (330)			
nazorgplan		volgens de nazorg-hulpverleners?			
				helemaal eens	82 (159)
			cliënt eens?	niet (helemaal) eens	18 (35)
	wel	63 (194)			
	nee	35 (109)			
	weet niet	2 (6)			
	totaal	100 (309)			

Op het eerste gezicht bestaat er, zoals ook met betrekking tot het intramurale behandelplan, een behoorlijke discrepantie tussen de ex-patiënten en hun nazorg. Mogelijk is ook hier de verklaring dat een dergelijk plan vooral in het idee van de hulpverlener bestaat, maar voor hun cliënten geen realiteit vormt.

Om de mate van overeenstemming nader vast te stellen binnen de 'paren' is overzicht 7.12 samengesteld.

**Overzicht 7.12 — Antwoordcombinaties, inzake uitspraken van ex-patiënten en hun nazorg over het bestaan van een nazorg (behandel)plan (in %)**

overeenkomst	++	wel een plan volgens ex-patient en nazorg	23	(67)
	--	geen plan volgens ex-patient en nazorg	23	(69)
discrepantie	+ -	ex-patiënt wel plan, nazorg geen plan	9	(26)
	- +	ex-patiënt geen plan, nazorg wel plan	39	(114)
inconsistentie	? +	bij ex-patient onbekend, nazorg wel plan	3	(9)
informatie	? -	bij ex-patient onbekend, nazorg geen plan	3	(9)
totaal			100	(294)

In een kwart van de gevallen zeggen beiden dat er een plan bestaat; in een kwart van de gevallen is er volgens beiden geen plan. In de helft van de gevallen is er sprake van discrepantie en wel zodanig dat de hulpverleners wel een plan zeggen te hebben en ex-patiënten dit ontkennen.

De boven geopperde verklaring dat een dergelijk plan vooral in de idee van de hulpverlener bestaat, blijkt uit dit overzicht te worden bevestigd; 80 procent (114 van de 140 gevallen) van de discrepantie tussen ex-patiënt en nazorg blijkt immers daaruit te bestaan.

#### **7.2.4. Inhoud van de nazorg**

Om een indruk te krijgen van wat er in de nazorg gebeurt, hebben we de hulpverleners van de ex-patiënten gevraagd waaruit de nazorg<sup>a</sup> bestaat; het doel van de nazorg hebben we proberen te benaderen via de vraag aan zowel ex-patiënten als hun hulpverleners: 'Wat wilde u (men) in de nazorg (met u) met uw cliënt bereiken?'; het resultaat wordt benaderd door de vraag aan de hulpverlener: 'Met welke problemen heeft u uw cliënt vooral kunnen helpen en met welke niet?'.

De belangrijkste elementen waaruit volgens de hulpverleners de nazorg bestaat zijn in overzicht 7.13 en 7.14 bijeengebracht.

Zoals uit het overzicht valt af te leiden bestaat de nazorg na drie maanden volgens bijna de helft van de hulpverleners uit expliciet medicijnen verstrekken. Bovendien stelt 32 procent van de hulpverleners dat zij die nazorg krijgen, via huisbezoek begeleid worden. Dit wijkt duidelijk af van het onderzoeksresultaat van Ten Horn (1982: 61) waar slechts 18 procent de eerste drie maanden één of twee keer aan huis werd bezocht door de nazorg.



**Overzicht 7.13 — Inhoud van de nazorg volgens de hulpverleners\* (in %)**

accent op medicamenteuse behandeling		
– medicijnen verstrekken	42	(104)
– poliklinische controle en depotmedicatie	32	(78)
accent op het persoonlijk begeleiden		
– huisbezoek	32	(78)
– hulp bij materiele zaken	20	(49)
– andere hulp zoals bij tijdsopvulling	24	(58)
accent op psychotherapie		
– individuele of groepstherapieën	36	(92)
allerlei andere vormen van begeleiding	35	(89)

\* meerdere antwoorden waren mogelijk

Bij nadere bestudering van de inhoud van de nazorg blijkt ook hier een aantal frequent voorkomende combinaties te bestaan (overzicht 7.14).

**Overzicht 7.14 — Belangrijkste (combinaties van) nazorgactiviteiten volgens de hulpverleners die nazorg geven**

één enkele activiteit	– alleen medicijnen	1	(3)
	– alleen poliklinische controle	3	(13)
	– alleen hulp bij materiele zaken	1	(2)
	– alleen individuele of groepstherapie	9	(28)
	– alleen huisbezoek	6	(18)
	– anders	9	(27)
combinaties	medicijnen in combinatie met		
	– materiele hulp (3%), individuele of groepstherapie (4% etc)	17	(54)
	– alleen poliklinische controle	10	(31)
	– poliklinische controle en individuele groepstherapie etc	13	(42)
	– poliklinische controle in combinatie met andere activiteiten	5	(15)
	– materiele hulp gecombineerd met huisbezoek, individuele therapie	14	(43)
	– allerlei nazorgcombinaties gecombineerd met huisbezoek etc	11	(32)
totaal		100	(308)

Het overzicht bevestigt niet alleen het belang van medicijn-verstrekking in de nazorg maar ook het belang dat gehecht wordt aan het (met name poliklinisch) controlerend begeleiden van de situatie van de ex-patiënt. Verder blijkt dat de nazorg een zeer gevarieerd pakket is (ongetwijfeld samengesteld naar de zeer gevarieerde persoonlijke behoeften van de ex-patiënt).

### 7.2.5. Doel van de nazorg en samenwerking tussen nazorg en APZ

De vraag naar het doel van de nazorg wordt door zowel ex-patiënten als door de hulpverleners uit de nazorg soms zeer uitgebreid, soms zeer kort beantwoord. Uit het feit dat slechts 9 procent van de ex-patiënten en niemand van de hulpverleners het antwoord op deze vraag schuldig blijft, zou men kunnen afleiden dat ze in ieder geval een idee hebben over het doel van de nazorg. Zoals we zagen (hoofdstuk 5, paragraaf 5.2.1) was dat bij de intramurale behandeling minder het geval.

Welke tendenzen uit de antwoorden van zowel ex-patiënten als hulpverleners op de betreffende open vraag (met de daarbij behorende restricties) volgens ons zijn te destilleren, blijkt uit overzicht 7.15.

*Overzicht 7.15 — Nazorgdoel volgens ex-patiënten en hulpverleners (drie maanden na het ontslag) (in %)*

	Nazorgdoel	ex-patiënt	Hulpverlener
controleren van de toestand	medicijnen verschaffen	5	3
	toestand onder controle houden	5	2
	cliënt bezig houden	4	3
het (weer) verwerven van sociale vaardigheden	zelfstandig functioneren c.q. herstel pré-morbide toestand	30	35
assertiviteit	actief opkomen voor je plaats	25	24
preventie	preventie herhaling ziektebeeld	6	18
	van drank, drugs afblijven	4	4
situatie beïnvloeden	creëren van gunstige (werk)omstandigheden	5	4
	relatieverbetering	6	7
weet het niet		11	–
totaal		100 (329)	100 (302)

Bij het merendeel van de ex-patiënten wordt zowel volgens ex-patiënten als hulpverleners beoogd, het verwerken c.q. aankweken van een bepaalde mate van sociale stevigheid, minimaal op het niveau van vóór de opname. De doelstelling zagen we ook al (hoofdstuk 5, paragraaf 5.2.1) benadrukt door de (intramurale) hulpverleners ten aanzien van de intramurale behandeling; voor de ex-patiënten was daar het 'beter worden' het belangrijkste doel. Nu ze ontslagen zijn uit het ziekenhuis zijn ze blijkbaar 'beter' en benadrukken ook zij deze sociale stevigheid. Zij maken blijkbaar een scheiding tussen beter worden 'in' het APZ en de toestand daarna; de intramurale hulpverleners scheiden deze aspecten blijkbaar niet of niet sterk.

In hoeverre aan de nazorg een meer specifieke doelstelling kan worden toegekend en in hoeverre ex-patiënten dat doel ook bereiken, is via een bewerking van een tiental uitspraken die aan ex-patiënten en hulpverleners drie maanden na het ontslag zijn voorgelegd, onderzocht (bijlage 7.3). Deze uitspraken werden onderworpen aan een factoranalyse (SPSS, 1975: 470). De bedoeling was via deze analyse een of meerdere dimensies op het spoor te komen die onder deze tien uitspraken schuil gaat. Het resultaat van deze analyse was dat aan de uitspraken drie maanden na het ontslag twee dimensies te onderkennen waren die te benoemen waren als

1. rustige zekerheid inzake de eigen toekomst,
2. assertief in de omgang met anderen.

Dezelfde uitspraken zes maanden na het ontslag gedaan geven een onderliggende dimensie te zien die te benoemen is als stabiliteit en zekerheid inzake de eigen toekomstige mogelijkheden (bijlage 7.2). Deze doeleinden vertonen een globale overeenkomst met de reeds eerder (overzicht 7.15) genoemde nazorgdoeleinden.

Daarmee constateren we overigens ook een zekere overeenstemming tussen intramurale behandeling en nazorg inzake de aard en de doelstelling van de nazorg. Op grond van dit gegeven lijkt een gemeenschappelijke gespreksbasis tussen intramurale zorg en nazorg, niet bij voorbaat uitgesloten. Dat APZ en nazorginstanties ook niet verondersteld worden het per definitie met elkaar oneens te zijn moge blijken uit het gegeven dat niet alleen door nagenoeg alle patiënten die met ontslag gaan gezegd wordt dat de relatie tussen APZ en de diverse nazorginstanties goed genoemd moet worden (met als beste<sup>9</sup> de relatie APZ en polikliniek en als slechtste de relatie APZ en SPD) maar dat ook de intramurale hulpverleners in hun beoordeling dezelfde opvatting huldigen. Volgens 20 procent van hen is de samenwerking tussen APZ en SPD slecht tot zeer slecht en noemt ongeveer 30 procent de samenwerking tussen APZ en huisarts en tussen APZ en maatschappelijk werk niet goed maar ook niet slecht.

Gaan we nu na wat de hulpverleners uit de nazorg daar zelf na drie maanden over zeggen, dan blijkt dat 77 procent van hen deze heel goed of tamelijk goed noemt en slechts 13 procent tamelijk of heel slecht. Dit beeld wijzigt zich slechts weinig naar de aard van de instantie waarbij de betreffende hulpverlener werkzaam is: van de hulpverleners verbonden aan een psychiatrische polikliniek, noemt 5 procent de samenwerking tamelijk of heel slecht en niet goed/niet slecht 2 procent, terwijl 15

procent van de hulpverleners uit de SPD de samenwerking als tamelijk of heel slecht betitelt en 19 procent als niet goed/niet slecht.

De ex-patiënten blijven onverminderd de samenwerking goed tot zeer goed noemen voorzover zij daar al een indruk van hebben; daarmee geven ze ofwel aan dat samenwerkingsproblemen hen niet hinderen ofwel niet tot hun ervaringsniveau doordringen.

Deze overwegend toch positieve ideeën over samenwerking tussen APZ en nazorginstanties zien we bevestigd in het gegeven dat slechts 8 procent (n=23) van de nazorgers het niet eens was met de afspraken die bij het vertrek uit het APZ met de ex-patiënt werden gemaakt, terwijl bovendien 2/3 van deze ex-patiënten zich ondanks dat toch aan die afspraken moest blijven houden van hun hulpverlener uit de nazorg. Ook hier blijkt wel enig verschil: juist de SPD was het het minste eens met de gemaakte afspraken (13% niet eens) en de polikliniek het meeste (4% niet eens). Ook na zes maanden noemt 21 procent van de SPD-medewerkers de samenwerking met het APZ (tamelijk) slecht en slechts 1 procent van de polikliniekmedewerkers. Het beeld blijft echter overwegend positief.

#### **7.2.6. Sociale relaties en nazorg**

Als belangrijk element van de intramurale behandeling noemden we in hoofdstuk 5 (paragraaf 5.2.2) het betrekken van sociale relaties bij de behandeling van de psychiatrische patiënt. Verschillende argumenten daarvoor zijn door ons aangehaald. Een ervan betrof het continueren van de relatie en het door de behandeling meegroeien van de relatie met de patiënt, wil de ex-patiënt na het ontslag sociaal kunnen functioneren. Aan relaties wordt daarbij een 'social support'-functie toegedacht. Dat een dergelijke behandelingsoptiek juist na het verlaten van het APZ zijn vruchten dient af te werpen, zal voor ieder wel duidelijk zijn. Dat het betrekken van dezelfde relaties bij de nazorgactiviteit voor de continuïteit ervan een voorwaarde is, hoeft evenmin betoog, zeker niet als 'De Zorg' opteert voor één lijn in het totale hulpverleningspakket en de diverse instanties hun bezig-zijn met de ex-patiënt op elkaar zeggen af te stemmen.

Veelal wordt reeds bij de opname in het APZ de sociale context (als het geheel van sociale relaties) in het licht daarvan beoordeeld op haar rol en haar participatiemogelijkheden in de begeleiding na het ontslag van de patiënt. Daarbij is een groeiende tendens te signaleren in de richting van: 'Niet behandelen als deze context niet meewerkt'. Daarbij appelleert men aan de (on)vermogens van de patiënt en gaat ervan uit dat de omgeving niet het recht heeft haar eigen problemen op de ex-patiënt af te wentelen.

We signaleerden reeds (hoofdstuk 6, paragraaf 6.1.2) dat de mogelijkheid om sociale relaties te betrekken door ons wordt geïdentificeerd met naar huis gaan, dat wil zeggen naar een situatie waarin men niet alleen (op kamers, pension, kosthuis) woont.

Voor deze laatste categorie komt 27 procent van de ex-patiënten in aanmerking. Het blijkt dus voor de hand liggend de analyse rond het betrekken van sociale relaties bij de nazorg tot de resterende 73 procent ex-patiënten te beperken voorzover die nazorg krijgen. Voorzichtigheidshalve zijn we nagegaan in hoeverre een dergelijke beperking terzake was (overzicht 7.16).

*Overzicht 7.16 — Woonsituatie van de ex-patiënt en het betrekken van diens relaties bij de nazorg (in %)*

alleenwonend en wel relaties betrokken bij de nazorg	11	(14)
met relaties wonend en relaties betrokken bij de nazorg	89	(117)
totaal	100	(131)

Ook de gegevens, die de hulpverleners verschaffen, wijzen in dezelfde richting. Dit houdt in dat we op enkele uitzonderingen na, kunnen constateren dat het betrekken van sociale relaties bij de nazorg bijna alleen dan gebeurt wanneer ex-patiënten niet alleen (gaan) wonen. Dit was ook op grond van de intramurale behandeling al wel te veronderstellen: ongeveer 75 procent van de bij de behandeling betrokken relaties waren gezins- c.q. familieleden. De grenzen van het betrekken van relaties bij de behandeling waren daarmee wel bereikt. Als we nagaan hoe die grenzen liggen bij de nazorg dan blijkt dat deze dicht bij de ex-patiënt zijn komen liggen: het gaat in 90 procent van de gevallen om het exclusief betrekken van huisgenoten bij de behandeling (ex-patiënten en hulpverleners stemmen daarin met elkaar overeen); exclusief vrienden, kennissen of collega's gebeurt slechts in 5 van de 11 gevallen. Voor de overige gevallen gaat het steeds om combinaties tussen huisgenoten, familie, vrienden, collega's.

Hoe staat het nu met de continuïteit van dit belangrijke behandelaspect?

Als we eerst de mogelijkheid daartoe bestuderen, dan blijkt dat van alle ex-patiënten die niet alleen gaan wonen en die zeggen dat ze in de drie maanden volgend op het ontslag nazorg hebben gekregen (n=188), 41 procent (n=77) van deze ex-patiënten en 32 procent (n=67) van 'hun' hulpverleners uit de nazorg signaleren dat er geen enkele relatie bij de nazorg was betrokken: als het dus mogelijk was, gebeurt het volgens 59 procent (n=111) van de ex-patiënten en volgens 68 procent (n=127) van de hulpverleners.

De 'echte' continuïteit, dat wil zeggen: gezinsleden die bij de intramurale behandeling waren betrokken, werden ook (weer opnieuw of nog steeds) bij de nazorg betrokken, blijkt uit overzicht 7.17.

**Overzicht 7.17 — Continuïteit in het betrekken van sociale relaties in intramurale zorg en nazorg volgens ex-patiënten en zowel intramurale als nazorg-hulpverleners (in %)**

Zowel intramurale als in de nazorg	Volgens ex-patiënten bij het ontslag en na 3 mnd.	Volgens hulpverleners bij het ontslag en (andere) hulpverleners na 3 mnd.
gezinsleden	45 (84)	50 (93)
familie	2 (3)	3 (5)
vrienden, kennissen	0 (1)	0 (1)
collega's	-	-
anderen	-	1 (2)
geen continuïteit	53 (100)	46 (87)
<b>totaal</b>	<b>100 (188)</b>	<b>100 (188)</b>

Volgens bijna de helft van de ex-patiënten die nazorg krijgen en niet alleen wonen is er sprake van continuïteit inzake het betrekken van sociale relaties bij (het geheel van) de behandeling. Tussen de hulpverleners bestaat daaromtrent onverwacht veel overeenstemming; onverwacht omdat blijktbaar op dit belangrijke behandelings-aspect APZ en nazorg dezelfde opvatting hebben. Bij verdere analyse blijkt evenwel dat de belangrijkste bijdrage aan dit afgestemd zijn van hulpverleners op elkaar wordt geleverd door de hulpverleners die nazorg geven vanuit de met het APZ verbonden poliklinieken.

Dat volgens de ervaringen van 53 procent van de ex-patiënten en volgens 46 procent van de hulpverleners er geen continuïteit was in het betrekken van sociale relaties bij de behandeling, hoeft niet te betekenen dat bij de nazorg nu ook geen sociale relaties worden betrokken. Uit overzicht 7.18 blijkt dat inzake het betrokken worden van sociale relaties bij de nazorg, dit volgens de hulpverleners uit de nazorg bij vier van de vijf ex-patiënten die nazorg krijgen wel gebeurt.

Zowel volgens ex-patiënten als hulpverleners wordt bij minimaal de helft van de ex-patiënten steeds de een of andere relatie (en zoals we zagen is dat slechts in zeer uitzonderlijke gevallen iemand buiten het gezin of de familie) bij de nazorg betrokken. Volgens de hulpverleners, gebeurt dat vooral via spreekuurcontact (25%), huisbezoek (23%), therapie (12%) en telefonisch contact (18%). De ex-patiënten vermelden vooral het spreekuurcontact en soms huisbezoek.

Als sociale relaties niet bij de nazorg werden betrokken gebeurde dat om een aantal redenen; de belangrijkste daarvan waren zowel volgens de ex-patiënten en de hulpverleners:

- de ex-patiënt wilde dat zelf niet;

	volgens de hulpverleners die nazorg geven
ja	
huisgenoten/gezinsleden	50 (155)
familie	12 (37)
vrienden, kennissen	4 (12)
kollega's	4 (11)
anderen	10 (32)
neen	20 (76)
totaal	100 (313)

- de sociale relaties wilden dat niet;
- de nazorginstantie vond dat niet nuttig.

Ruim de helft van de ex-patiënten noemt de eerste reden; rechtstreeks gevraagd vond 73 procent van de ex-patiënten het betrekken van onder andere huisgenoten bij de nazorg ook niet nodig.

De eerste reden wordt ook door meer dan de helft van de hulpverleners genoemd en ook van hen vond (daarnaar rechtstreeks gevraagd) 75 procent het betrekken van onder andere huisgenoten bij de nazorg niet nodig. De twee andere redenen worden overigens eveneens door meer dan de helft van de (nazorg-)hulpverleners genoemd. Werkcollega's bij de nazorg betrekken hebben noch de ex-patiënten noch de hulpverleners geconstateerd.

Wat we ook al ten aanzien van de intramurale behandeling constateerden, is ook hier het geval:

- vooral de gehuwde ex-patiënten melden (uiteeraard) dat hun huisgenoten of gezinsleden bij de nazorg werden betrokken, bij de ongehuwden zijn dat (andere) familieleden;
- vooral bij de ex-patiënten van 55 jaar en ouder worden de huisgenoten of gezinsleden bij de behandeling betrokken en niet bij de jongere;
- het minst gebeurt dit bij de hoger opgeleide ex-patiënten.

### 7.2.7. Samenvatting

Ongeveer eenvijfde van de ex-patiënten wordt door de hulpverleners niet gemotiveerd gevonden voor de nazorg, hoewel bijna iedere ex-patiënt bij het ontslag de nazorg als iets nuttigs zag.

Als de ex-patiënt alleen voor de nazorg gemotiveerd genoemd kan worden als hijzelf het eerste contact met de nazorginstantie legt, dan zou slechts maximaal 36 procent

dat zijn (dat wil zeggen of hulpverlener of ex-patiënt of beiden geven aan dat de ex-patiënt zelf contact opnam).

Volgens 91 procent van de hulpverleners kan de ex-patiënt meebeslissen in de nazorg, hoewel 29 procent van de ex-patiënten zegt dat dat niet zo is. Overeenstemming daarover bestaat bij 69 procent van de ex-patiënten en hun hulpverleners. Iets dergelijks bestaat ook ten aanzien van het al dan niet aanwezig zijn van een nazorg-behandelplan: dat er een plan is wordt door 65 procent van de hulpverleners en door 32 procent van de ex-patiënten gesteld. Slechts in 23 procent van de gevallen zijn ex-patiënten en hun hulpverleners het daarover met elkaar eens. Er blijkt overigens geen categorie plan-gevoelige ex-patiënten te bestaan; er is geen significante samenhang tussen de ervaring met een nazorgplan en met een intramuraal behandelplan ( $p=.13$ ).

Wat betreft de inhoud van de nazorg blijkt het verstrekken van medicijnen al dan niet in combinatie met psychotherapie het belangrijkste onderdeel te vormen.

De belangrijkste doeleinden van de nazorg volgens zowel ex-patiënten als hulpverleners blijken te zijn het (weer) zelfstandig functioneren, het actief opkomen voor je plaats in de samenleving. Dit ligt in de lijn van de hetgeen de intramurale behandeling op het oog had. Een uitgangspunt voor samenwerking lijkt dus aanwezig. Jammer genoeg acht 20 procent van de intramurale hulpverleners de relatie tussen APZ en SPD slecht tot zeer slecht, terwijl 13 procent van de nazorgers ook een dergelijk oordeel over deze relatie heeft. Dat juist tussen deze twee instanties de relatie niet altijd even goed is, blijkt ook uit het gegeven dat met name de SPD het niet altijd eens was met de afspraken die door het APZ met de ex-patiënt waren gemaakt voor de tijd na het ontslag. Ondanks deze negatieve gegevens blijkt toch dat het overgrote deel van de intramurale en extramurale hulpverleners ( $\pm 80\%$ ) de relatie positief beoordeelt, terwijl door de nazorg de intramurale behandeling die 'hun' cliënt heeft gehad bijna steeds positief wordt beoordeeld.

Volgens ongeveer 60 procent van de ex-patiënten die niet alleen wonen en die wel nazorg kregen, werden sociale relaties bij de nazorg betrokken; volgens de hulpverleners uit de nazorg is dat zelfs nog bij 10 procent meer het geval. Het gaat bijna steeds om huisgenoten of gezinsleden. Volgens ongeveer de helft van de ex-patiënten wordt het betrekken van sociale relaties bij de intramurale behandeling gevolgd door het betrekken van dezelfde sociale relaties in de nazorg. Een dergelijke continuïteit is ook te constateren in de opvatting van zowel de intramurale hulpverleners als van de hulpverleners uit de nazorg: in  $\pm 50$  procent van de gevallen meldden zij dat dezelfde sociale relaties bij zowel intramurale behandeling als bij de nazorg werden betrokken. Het spreekuur, huisbezoek en telefonisch contact zijn hiervoor de belangrijkste mogelijkheden.

Als relaties niet bij de nazorg werden betrokken was dat vooral omdat de ex-patiënt of ook de sociale relaties zelf dat niet wilden ofwel omdat het volgens de nazorg geen nut had.



## 7.3. Beëindiging en beoordeling van de nazorg

### 7.3.1. De beëindiging van de nazorg

In het voorafgaande hebben we geconstateerd dat administratief ongeveer 9 procent na het ontslag geen verdere begeleiding zou krijgen, een percentage dat door de intramurale hulpverleners wordt ondersteund.

Rechtstreeks gevraagd zegt 82 procent van de ex-patiënten bij het ontslag dat ze wel nazorg krijgen; na zes maanden zegt 54 procent van de dan ondervraagde ex-patiënten dat ze nog steeds nazorg krijgen. Dat betekent dat na zes maanden 191 van de 517 ex-patiënten (dat is ongeveer 40 procent) nog nazorg hebben, hetgeen overeenkomt met wat we via een andere methode ook in paragraaf 7.2.1 hebben vastgesteld.

Heeft de toegezegde nazorg nu ook plaats gevonden? Als we daartoe de continuïteit in de nazorg nagaan tussen het ontslag en drie maanden daarna, dan blijkt bij 28 procent de verwachte nazorg niet te hebben plaatsgevonden. Gaan we deze continuïteit na in de periode van zes maanden volgend op het ontslag dan blijkt dat 13 procent dacht nazorg te krijgen terwijl ze daar in de zes maanden na het ontslag niets van gemerkt heeft, terwijl bij 7 procent dit contact pas na drie maanden tot stand kwam. (Bij ruim de helft is overigens sprake van continuïteit in de nazorg.)

Zij die geen nazorg meer hebben zijn ofwel om reden van heropname of om andere redenen niet meer bij de respondentengroep, ofwel de nazorg is al dan niet op grond van overbodigheid afgesloten.

Door hen die geen nazorg meer krijgen worden dan ook als de belangrijkste redenen opgegeven dat ze de nazorg niet meer nodig vinden, omdat het doel bereikt was ofwel omdat het toch niet hielp.

Een indruk van de belangrijkste redenen die door de ex-patiënten die geen nazorg meer hebben na drie en na zes maanden werden gegeven voor het beëindigen van de nazorg wordt in overzicht 7.19 gegeven.

*Overzicht 7.19 — Belangrijkste redenen waarom de nazorg niet (meer) plaatsvond\* volgens de ex-patiënten na drie maanden en na 6 maanden*

	na 3 mnd.	na 6 mnd.
ik vond het niet nodig	30%	52%
het verleden heeft voor mij afgedaan toen ik vertrok	8%	10%
het APZ wilde geen nazorg meer geven	8%	7%
de nazorg zou me toch in de kou laten staan	6%	8%
ik ben ze niet achterna gelopen	12%	10%

\* meer antwoorden mogelijk

Belangrijk is dat de helft van de ex-patiënten na zes maanden geen nazorg meer heeft omdat ze dat niet nodig vonden.

De categorie die het eerst geen nazorg (meer) heeft wordt vooral gevormd door ex-patiënten die minder dan één maand waren opgenomen: van hen had meer dan de helft binnen drie maanden na het ontslag al geen nazorg meer (overzicht 7.20).

*Overzicht 7.20 — Aanwezigheid van nazorg drie maanden na het ontslag naar behandelduur volgens de ex-patiënten (in %)*

behandelduur	nog steeds nazorg	geen nazorg (meer)	Totaal
< 1 maand	48	52	100
1 - 3 maanden	54	46	100
> 3 maanden	69	31	100

Wordt men langer behandeld dan één maand, dan heeft men ook langer nazorg. Als de nazorg wordt beëindigd, dan worden er volgens 2/3 van de hulpverleners met de ex-patiënten afspraken gemaakt voor de toekomst. Deze betreffen vooral de mogelijkheid dat de ex-patiënt opnieuw kan aankloppen bij de nazorg of dat er toch nog regelmatig eens een gesprek tussen ex-patiënt en nazorg zal plaatsvinden. Bij ruim de helft van deze ex-patiënten wordt iemand anders volgens de hulpverleners op de hoogte gesteld van die afspraken meestal met het verzoek er op toe te zien dat de ex-patiënt die afspraken nakomt.

### **7.3.2. De beoordeling van de nazorg door de ex-patiënten**

Reeds eerder hebben we vermeld dat slechts enkele ex-patiënten (4%) bij het ontslag aan de nazorg geen voordelen toekennen.

Na drie maanden wordt deze positieve verwachting bevestigd door de positieve ervaringen van de ex-patiënten die nog steeds nazorg hebben (n=258): slechts 6 procent (n=30) ervoeren de nazorg als volstrekt of vrij nutteloos. Anders ligt dat bij de ex-patiënten bij wie drie maanden na het ontslag de nazorg al is afgelopen (n=79): van deze groep heeft 47 procent (n=35) de ervaring dat de nazorg volstrekt of vrij nutteloos was; eenzelfde aantal van deze ex-patiënten maakt ook melding van het feit dat de nazorgactiviteit (in het geheel) niet aansloot bij wat ze ervan hadden verwacht. Als redenen werden daarvoor genoemd 'dat deze nazorginstantie hen niet kan helpen' maar ook wel 'dat men niet met de hulpverlener overweg kan' of 'meer contact c.q. meer gesprekken had willen hebben'.

Ook 15 procent van de hulpverleners (n=43) signaleert na drie maanden dat 'hun' cliënten de nazorg als volstrekt of vrij nutteloos ervaren.

Deze tendens inzake de beoordeling van de nazorg is ook af te leiden uit de gegevens die na zes maanden werden verzameld.

In hoeverre er sprake is van een continuïteit in slechte ervaringen met de nazorg blijkt uit overzicht 7.21.

*Overzicht 7.21 — Continuïteit in de beoordeling van de nazorg door de ex-patiënten (in %)*

goede ervaring na 3 maanden en na 6 maanden	17 ( 26)
goede ervaring na 3 maanden en slechte na 6 maanden	18 ( 28)
slechte ervaring na 3 maanden en goede na 6 maanden	18 (18)
slechte ervaring na 3 maanden en na 6 maanden	47 ( 73)
<hr/>	
totaal	100 (155)

Bij voortduring heeft 47 procent slechte en slechts 17 procent goede ervaringen met de nazorg. Opmerkelijk is het feit dat bij 18 procent slechte ervaringen in goede ervaringen zijn veranderd.

Gevraagd aan ex-patiënten en aan 'hun' hulpverleners waaraan de ex-patiënt nu het meest heeft gehad in de nazorg, wordt voortdurend door het merendeel gewezen op de gesprekken tussen hulpverlener en cliënt. Maar ook wordt regelmatig gewezen op

- het gevoel ergens terecht te kunnen;
- het hebben van een vertrouwensrelatie;
- het teruggekomen gevoel van eigenwaarde.

De hulpverleners geven ook een indicatie met welke problemen zij naar hun idee hun cliënt vooral de eerste drie maanden hebben kunnen helpen.

Zij noemen dan vooral:

- problemen als stress en eenzaamheid (n=204);
- dat de ex-patiënt eraan moet wennen alles zelf op te knappen (zelfstandig wonen) (n=130);
- problemen door negatieve reacties van collega's, de buurt etc. (n=120).

Hun onmacht geven ze aan wanneer ze aangeven waarmee ze hun cliënt meestal niet hebben kunnen helpen.

Zij noemen dan vooral:

- verslavingsproblemen (n=180);

- financiële problemen (n=172);
- seksuele problemen (n=172).

### 7.3.3. Samenvatting

Hoewel ongeveer één op de tien ex-patiënten geen nazorg zou krijgen na het ontslag, blijkt dit aantal in de realiteit veel groter te zijn: met de ervaring van de ex-patiënten als graadmeter blijkt dat zeker één op de vier ex-patiënten geen nazorg krijgt, hoewel ze die wel hadden verwacht. Bij een aantal van hen (7%) komt dat toegezegde contact volgens de ex-patiënt ook pas later dan drie maanden na het ontslag tot stand (de ex-patiënt vond het dan niet nodig en de nazorg-instantie nam niet het initiatief).

Kortom: in de eerste drie maanden heeft ongeveer eenderde geen nazorg;

- omdat er geen nazorg volgde op het ontslag (9%);
- omdat de toegezegde nazorg niet plaatsvond (28%).

De belangrijkste redenen voor het niet plaatsvinden van de nazorg zijn volgens de ex-patiënten zelf:

- omdat ze nazorg niet nodig vonden;
- omdat men de nazorg niet achterna wilde lopen of er weinig vertrouwen in had.

Na zes maanden heeft bijna de helft (40%) van de ex-patiënten nog steeds nazorg. Is de nazorg ondertussen gestopt, dan is volgens de ex-patiënten de reden daarvoor dat deze niet meer nodig was. Bij tweederde van hen worden dan wel afspraken gemaakt voor de toekomst, waarbij dan meestal sociale relaties daarvan op de hoogte worden gesteld.

De groep ex-patiënten die na drie en ook die na zes maanden nog nazorg heeft ervaren, vindt deze voor de helft over het algemeen (erg) nuttig en beantwoordend aan de verwachtingen. Deze ervaring wordt bevestigd door de indruk die de hulpverlener van 'zijn' cliënt heeft. De groep bij wie de nazorg is afgelopen maakt voor bijna de helft melding van volstrekt of vrij nutteloze ervaringen met de nazorg.

Het nutteloze van de nazorg wordt geweten aan het niet kunnen helpen door, maar ook aan te weinig contact of een minder goede relatie met de hulpverlener. Overigens blijkt dat er een zekere mate van continuïteit te bespeuren is in deze ontevredenheid, ofwel het gezegde: 'het zijn steeds dezelfde die ontevreden zijn' gaat wel op.

Als we nagaan waarmee de hulpverleners naar hun eigen mening hun cliënten vooral hebben kunnen helpen dan ligt dit vooral op het terrein van het persoonlijke en ook het sociale functioneren van hun cliënt. Ze voelen zich vooral onmachtig tegenover verslavingen en materiële (overmachts)problemen.

## **7.4. Nazorg door wie en voor wie**

### **7.4.1. Enkele demografische kenmerken en nazorg**

Bestuderen we de nazorggegevens in het licht van een aantal demografische gegevens (bijlage 7.3-7.7) dan blijkt het volgende:

- vrouwelijke ex-patiënten krijgen vooral van de huisarts en de polikliniek nazorg; mannen meer van de SPD, maar zij nemen niet zelf contact daarmee op naar zij zelf zeggen; hun hulpverleners in de nazorg vinden echter dat zij dat wel en dat de vrouwen dat niet doen;
- vooral bij de ongehuwde ex-patiënten en de ex-patiënten die gehuwd waren heeft de nazorg ondanks de afspraak toch niet plaatsgevonden;
- de psychiatrische polikliniek en het algemeen maatschappelijk werk verzorgen met name voor de ex-patiënten met een lagere opleiding de nazorg, terwijl voor de middelbare of hoger opgeleide ex-patiënten de vrijgevestigde zenuwarts de nazorg heeft. Zowel de ex-patiënten als hun (intramurale) hulpverleners signaleren dit;
- met name van de ex-patiënten ouder dan 45 jaar heeft de huisarts de nazorg;
- bij de ex-patiënten die afhankelijk zijn van de WW, WAO of AWW richt de inhoud van de nazorg zich op hulp bij materiële zaken en het voorschrijven van medicijnen;
- de categorie ex-patiënten die korter dan twee maanden in behandeling waren onderscheidt zich op diverse punten van de andere ex-patiënten; juist deze categorie zegt geen nazorg te krijgen en heeft inderdaad na drie maanden ook duidelijk geen nazorg ervaren, zelfs als die wel was verwacht;
- om voor de nazorg gemotiveerd te zijn maakt het geen enkel verschil van welke leeftijd, geslacht men is of welke opleiding, leeftijd of bron van inkomen men heeft (gehad) of hoe lang men in het APZ was behandeld;
- opmerkelijk is dat de gehuwden de nazorg als wel nuttig en de ongehuwden als niet nuttig (hebben) ervaren; de nazorg zelf zegt juist de ongehuwden te hebben kunnen helpen met problemen als stress, eenzaamheid en met het feit dat deze ex-patiënten 'alles weer zelf moeten doen'; dit laatste geldt trouwens ook voor ex-patiënten die langer dan zes maanden waren opgenomen;
- het mogen meebeslissen met wat in de nazorg gebeurt is niet weggelegd voor ex-patiënten ouder dan 45 jaar; dit komt overeen met het gegeven dat juist bij deze categorie als er geen nazorg meer plaatsvindt; 'anderen' worden gevraagd erop toe te zien dat deze ex-patiënten zich aan de gemaakte afspraken houden.

Wat betreft het betrekken van sociale relaties bij de nazorg zal het geen verwondering wekken dat juist voor de gehuwde ex-patiënten vooral de gezinsleden bij de nazorg worden betrokken en dat deze ex-patiënten ook juist vonden dat het wel had moeten gebeuren als dat niet het geval was (geweest). Voor de jongeren onder de 30 jaar hoeft dat overigens dan ook niet, terwijl zij die korter dan twee maanden werden behandeld dit juist wel nodig vonden.

Gaan we tenslotte na op basis van de factorscores bij wie het doel van de nazorg vooral wordt bereikt (bijlage 7 6) dan blijkt dat niet bij de ex-patienten met een lagere opleiding, maar bij de ex-patienten met minimaal een middelbare opleiding het geval te zijn. De ex-patienten met een hogere opleiding scoren het hoogst op alle drie de nazorgdoelen: zekerheid, assertiviteit en stabiliteit. Tussen de overige demografische kenmerken en de nazorgdoelen zijn geen verdere samenhangen te constateren.

#### **7.4.2. Diagnose en nazorg**

Zoals tot nu toe gebruikelijk zijn we ervan uitgegaan dat de beschrijving van de nazorgvariabelen verschillend zal zijn als deze gerelateerd wordt aan de aard van de diagnose (bijlage 7 3).

De analyse vanuit deze veronderstelling levert inderdaad verschillen op. Zo blijkt dat met name voor de neurotici geen 'behandeling/begeleiding na het ontslag' is voorzien, dat de begeleiding voor de psychotici vooral wordt toegedacht aan een APZ-polikliniek en aan dagbehandeling terwijl de begeleiding na het ontslag door de huisarts zowel voor neurotici als voor psychotici geldt.

De nazorg door de polikliniek voor psychotici komt overeen met de hulpverlenings-idee dat juist bij deze ex-patienten er op moet worden toegezien dat zij zich aan de afspraken houden, een taak die het APZ blijkbaar als preventie voor het heroptreden van problemen zichzelf voorbehoudt.

Met betrekking tot de vragen wie de nazorg heeft geregeld, wie de nazorg geeft, of deze al dan niet heeft plaatsgevonden en of de ex-patient daarvoor is gemotiveerd, blijkt geen verschil naar diagnose te bestaan. Wel weer naar de vraag wie het eerste contact opnam: bij de psychotici was dat vooral de nazorginstantie waarmee hetgeen hierboven werd geformuleerd over de taakopvatting van de polikliniek ten aanzien van ex-psychotici nog eens wordt onderstreept. Volkomen in overeenstemming daarmee loopt het gegeven dat juist de psychotici stellen niet in de nazorg zelf te hebben kunnen meebeslissen en deze ook niet als nuttig te hebben ervaren.

Bij de neurotici liggen deze gegevens juist omgekeerd. Hun nazorg was eerder afgelopen, zij hebben vaak nog geen eerdere ervaring met de nazorg gehad, vinden dat ze wel in de nazorg konden meebeslissen en namen zelf contact op met de nazorginstantie. Dat deze categorie toch niet steeds alle initiatieven heeft genomen blijkt uit het feit dat volgens de hulpverleners de nazorg juist voor deze categorie meer door het APZ werd geregeld dan voor de psychotici.

De verslaafden vormen in zoverre een specifieke categorie waar vooral zij alleen gaan wonen of in een kosthuis of pensioen<sup>10</sup>, hetgeen ook voor de inhoud van de nazorg belangrijke gevolgen kan hebben.

Om wat meer systematisch een aantal inhoudelijke verschillen naar diagnose met betrekking tot de nazorg te kunnen nagaan, hebben we een aantal gegevens in

overzichten bijeen gebracht. Welke afspraken werden er bijvoorbeeld gemaakt (7.22), wat gebeurde er in de nazorg (7.23) en wie zou de nazorg doen (7.24).

*Overzicht 7.22 — Afspraken over nazorg volgens de intramurale hulpverlener bij het ontslag (in %)*

	Medicijnen gebruiken	begeleiding door anderen	controle door het APZ-team	Totaal
psychotici	56	48	53	49
neurotici	38	45	40	43
verslaafden	6	8	7	8
totaal	100 (344)	100 (296)	100 (206)	100

Als er met de psychotici afspraken worden gemaakt na afloop van de nazorg hebben die betrekking op medicijngebruik; meestal worden er geen afspraken gemaakt. Dit komt overeen met wat de ex-patiënten zelf aan nazorg hebben ervaren in de drie maanden volgend op het ontslag (overzicht 7.23).

*Overzicht 7.23 — Wat gebeurt er in de nazorg bij de diverse diagnose-categorieën volgens de ex-patiënten (na drie maanden) (in %)*

Diagnose	vooral medicijnen	vooral poliklinische controle	vooral hulp van SPD	totaal
psychotici	58	56	38	49
neurotici	35	37	57	43
verslaafden	7	8	5	8
totaal	100 (262)	100 (181)	100 (42)	100

Ook hier wordt geconstateerd dat de psychotici in de nazorg vooral medicijnen gebruiken, terwijl de neurotici begeleid worden door de SPD.

Wat dat inhoudt blijkt als we de hulpverleners uit de nazorg aan het woord laten over wat er in de nazorg gebeurt. Vooral de neurotici worden gesteund met psychotherapie, hulp bij tijdsopvulling en hulp bij materiële zaken; nazorgaspecten waarmee de psychotici duidelijk minder te maken hebben. Ook volgens de hulpverleners uit de

nazorg bestaat met name voor psychotici de nazorg uit het verstrekken van medicijnen

Steeds zien we de zeer belangrijke plaats van medicijnen in de nazorg van psychotici geaccentueerd en de hulp in het actief sociaal functioneren bij de neurotici. Als we nu nagaan van welke instantie de ex-patienten nazorg krijgen (overzicht 7 24) dan wordt duidelijk wie van wie nazorg krijgt

*Overzicht 7 24 — Wie doet de nazorg volgens de intramurale hulpverleners (bij het ontslag) (in %)*

diagnose	SPD	huisarts	vrije vestigd zenuw-arts	polikliniek	maatschap- pelijk werk	CAD	Totaal
psychotici	55	51	71	53	44	43	49
neurotici	35	43	29	44	52	—	43
verslaafden	10	6	-	3	3	57	8
<b>totaal</b>	<b>100 (102)</b>	<b>10 (185)</b>	<b>100 (17)</b>	<b>100 (137)</b>	<b>100 (63)</b>	<b>100 (7)</b>	<b>100 (515)</b>

Voortdurend is te signaleren dat met name de psychotici een intensievere nazorgsituatie tegemoet gaan dan de neurotici en dat hun relatie met het APZ nog lange tijd blijft bestaan via onder andere de polikliniek. Uiteindelijk wordt met hen, ook na het ontslag, nog veel ondernomen (zelfs tegen hun zin), terwijl de neurotici, weliswaar met behulp van medicijnen, meer hun eigen weg moeten zoeken.

Psychotici worden ook gedurende langere tijd begeleid. Het doel van de nazorg heeft bij deze categorie ex-patienten vooral een preventief karakter: het handhaven van een stabiele toestand onder andere via het verstrekken van medicijnen (bijvoorbeeld depotmedicatie via de polikliniek), het tegengaan van een mogelijke terugval (onder andere door hen bezig te houden<sup>11</sup>).

Evenals bij de neurotici waar het doel veel meer bestaat uit het bevorderen van assertief functioneren en verbetering van sociale relaties<sup>12</sup> worden ook bij de psychotici ter bereiking van de doelstelling van de nazorg, sociale relaties bij de nazorg betrokken. Op basis van de factorscores kan worden vastgesteld dat met name de verslaafden in de eerste drie maanden na het ontslag op de nazorgdoelen zekerheid en assertiviteit hoger scoren dan de psychotici en de neurotici. Op de stabiliteit inzake de eigen toekomstige mogelijkheden (het nazorgdoel na zes maanden) scoren juist de psychotici het hoogst (bijlage 7 7).



### 7.4.3. Eerdere opname en nazorg

Het gegeven dat men al eerder in een APZ was opgenomen is voor ons steeds een belangrijke variabele geweest om verschillen in de ex-patiëntsituatie te kunnen begrijpen; bij voor het eerst opgenomen psychiatrische patiënten kan bijna steeds gesproken worden van nieuwe ervaringen. Dat zou ook voor de nazorg kunnen gelden.

Uit de administratieve onderzoeksgegevens (P-kaart) blijkt dat met 63 procent vooral de voor het eerst opgenomen ex-patiënten na het ontslag 'niet verder begeleid worden' en dus geen nazorg krijgen. De situatie na het ontslag is voor hen op dit punt duidelijk anders. De situatie was overigens voor de opname uiteraard ook geheel anders. Dat blijkt ook uit het gegeven dat bij de voor de reeds eerder opgenomen ex-patiënten vooral het psychiatrische circuit zoals het APZ (86%), de psychiatrische polikliniek (80%) en de SPD (65%) de aanvrager waren. Voor hen die voor het eerst werden opgenomen werd vooral door de huisarts de opname aangevraagd: dat wil zeggen de eerste lijnsgezondheidszorg.

Wat betreft hun thuissituatie is het niet zo, dat reeds eerder opgenomen ex-patiënten na het ontslag meer in een relatielose situatie terecht komen; ze komen evenveel als de anderen bij huisgenoten, gezinsleden of familie terecht.

De inhoud van de nazorg wordt door de ex-patiënten, die voor het eerst waren opgenomen, bij het ontslag enigszins anders omschreven dan door de andere ex-patiënten (overzicht 7.25). De voor het eerst opgenomen ex-patiënten denken minder dan de al eerder opgenomene met medicijnen te maken te krijgen; zij verwachten vooral ambulant begeleid te worden.

*Overzicht 7.25 — Waaruit zal volgens de ex-patiënten de nazorg bestaan? (in %)*

	medicijnen	poliklinische controle	hulp bij materiële zaken	ambulante hulp	totaal
eerste opname	38	41	40	64	48
meerdere opnames	62	59	62	36	52
totaal	100 (282)	100 (191)	100 (29)	100 (47)	100 (517)

Ook bij de vraag wie de nazorg geeft, treden verschillen op (overzicht 7.26).

**Overzicht 7.26 — Wie zal volgens de ex-patiënten de nazorg doen? (in %)**

	SPD	huisarts	vrijgevestigd zenuwarts	polikliniek	maatschappelijk werk	CAD	dagziekenhuis	totaal
eerste opname	41	49	31	39	61	63	35	48
meerdere opnames	59	51	69	61	39	37	65	52
totaal	100 (78)	100 (134)	100 (46)	100 (147)	100 (69)	100 (16)	100 (17)	100 (517)

Zoals we constateren overweegt bij hen die al vaker in het APZ verbleven de idee dat zij het meest intensief met medicijnen en met hulp bij materiële zaken te maken zullen krijgen en dat vooral de polikliniek bij hen de nazorg zal verzorgen, terwijl bij de voor het eerst opgenomen ex-patiënten het algemeen maatschappelijk werk een belangrijke rol speelt. De hulpverleners die bij het ontslag werden geïnterviewd maken op dit punt overigens geen verschil tussen voor het eerst en reeds eerder opgenomen patiënten.

De intramurale behandeling is volgens hen wel met andere afspraken beëindigd. Met hen die reeds eerder waren opgenomen zijn vooral afspraken gemaakt over het gebruik van medicijnen.

Na drie maanden signaleren met name de reeds eerder opgenomenen het bestaan van een nazorgplan waarmee zij het volgens de hulpverleners uit de nazorg, ook eens zijn. Bij de reeds eerder opgenomen ex-patiënten ligt de nadruk bij de nazorg ook volgens de hulpverleners op het gebruik van medicijnen en poliklinische controle, terwijl bij de ex-patiënten die pas eenmaal opgenomen waren de nadruk lijkt te liggen op individuele en groepstherapeutische begeleiding (zie overzicht 7.27).

**Overzicht 7.27 — Waaruit bestaat de nazorg volgens de hulpverleners drie maanden na het ontslag (gerelateerd aan het al dan niet eerder opgenomen zijn geweest)**

	vooral medicijnen	hulp bij materiele zaken	hulp bij tijdsopvul- ling, etc	individuele of groeps- therapie	huisbezoek	totaal
eerste opname	39	45	43	53	46	48
meerdere opnames	61	55	57	47	54	52
totaal	100 (130)	100 (64)	100 (76)	100 (113)	100 (100)	100 (483)

De voor het eerst opgenomen ex-patiënten blijken op de zekerheids-, assertiviteits- en stabiliteitsschaal niet hoger te scoren dan de reeds eerder opgenomen ex-patiënten (bijlage 7.7).

Bij de groep die reeds eerder was opgenomen is vooral de discrepantie te bespeuren tussen hen en de hulpverleners uit de nazorg over het kunnen meebeslissen in de nazorg: de ex-patiënten ontkennen die mogelijkheid terwijl de hulpverleners die bevestigen. Juist bij deze groep heeft de nazorginstantie ook de huisgenoten op de hoogte gesteld van afspraken die zij met de ex-patiënt heeft gemaakt en daarbij heeft ze het verzoek gedaan erop toe te zien dat de ex-patiënt die ook nakomt. Dit wijst op het betrekken van sociale relaties bij de nazorg. Uit de gegevens lijkt inderdaad een tendens af te leiden dat juist bij de reeds eerder opgenomen patiënten (en niet bij hen die voor het eerst waren opgenomen) sociale relaties bij de nazorg worden betrokken. Er is echter geen enkele aanwijzing dat de kring van sociale relaties bij deze groep groter is ofwel dat er vaker sprake is van continuïteit in het betrekken van sociale relaties.

#### **7.4.4. Enkele veronderstellingen onderzocht**

Bijzondere aandacht is geschonken aan de vraag of er een groep 'ongemotiveerden' bestaat: een groep die nazorg krijgt opgedrongen, die zoals werklozen een soort meldingsplicht hebben omdat ze met proefverlof zijn (in het geval van een juridisch onvrijwillige opname waarbij de machtiging nog niet is afgelopen) ofwel omdat ze afhankelijk zijn van de depotmedicatie (langwerkende medicijnen die in het lichaam zeer langzaam afbreken waardoor het mogelijk wordt dat patiënten zich buiten het APZ redelijk kunnen handhaven).

Inzake het gemotiveerd zijn van de ex-patiënt voor de nazorg hebben we de hulpverleners in de nazorg enkele vragen gesteld.

Volgens hen was 15 procent van 'hun' cliënten bij het ontslag niet gemotiveerd voor nazorg. De eerste vraag die we ons gesteld hebben is of deze ongemotiveerde groep in de loop van zes maanden groter of kleiner wordt, ofwel dat die uit steeds dezelfde personen bestaat.

In het volgende overzicht (7.28) hebben we de veranderingen in motivatie weergegeven zoals die door 130 hulpverleners uit de nazorg via een bevestigend of ontkennend antwoord zowel drie als zes maanden na het ontslag zijn weergegeven. Slechts weinigen veranderen van motivatie: 84 procent blijft voortdurend (on)gemotiveerd. Van de tien respondenten bij wie de aanvankelijke motivatie zich later in negatieve zin wijzigt, blijken acht ex-patiënten te zijn opgenomen met de diagnose psychose en zeven niet voor de eerste keer te zijn opgenomen in een APZ. Ook de twee respondenten die voortdurend ongemotiveerd zijn in de nazorg blijken psychotici te zijn.

Bij analyse van het onderzoeksmateriaal blijkt dat zij die ongemotiveerd zijn voor de nazorg zich inderdaad op een aantal aspecten profileren ten opzichte van de gemotiveerden.

*Overzicht 7.28 — Is en blijft de ex-patiënt gemotiveerd voor de nazorg volgens de hulpverleners? (in %)*

bij ontslag, na 3 en na 6 maanden gemotiveerd	83 (108)
bij ontslag wel, en na 3 maanden of na 6 maanden niet meer	8 (10)
niet gemotiveerd bij ontslag en niet na 3 en na 6 maanden	1 (2)
niet gemotiveerd bij ontslag, wel na 3 maanden of na 6 maanden	8 (10)
<hr/>	
totaal	100 (130)

- zij vinden dat ze niet of nauwelijks konden meebeslissen over de behandeling;
- zij waren het ook in overwegende mate niet eens met het nazorgplan;
- zij ervaren volgens de hulpverleners de nazorg ook als een vrij nutteloze aangelegenheid.

Deze drie aspecten blijven voortdurend terugkomen in de zes maanden die volgen op het ontslag.

Enkele samenhangen die Ten Horn in haar proefschrift aangeeft, hebben wij eveneens onderzocht.

Zo wordt haar idee (ten Horn 1982: 152-161) dat ongehuwden (58%) meer nazorg zouden moeten krijgen gezien de mogelijkheid van social support voor de gehuwden evenmin als bij haar door ons materiaal bevestigd.

Het tegendeel is eerder het geval: is vanuit het al dan niet gehuwd zijn geen onderscheid te signaleren in de antwoorden op de vraag aan de ex-patiënten die met ontslag gaan of ze nazorg krijgen, na drie maanden blijkt wel een relevant verschil en aanzien van de antwoorden op de vraag of die nazorg inderdaad heeft plaatsgevonden. De gehuwden beantwoorden deze vraag relatief vaker bevestigend dan verwacht<sup>13</sup>.

Ook de idee dat mensen die niet naar huis teruggaan (23%) meer of eerdere nazorg zouden moeten krijgen op grond van te weinig 'social support' blijkt niet op te gaan; ook hier blijkt het tegendeel waar te zijn; zij die niet volgens eigen zeggen naar huis terug gaan, melden relatief veel vaker dan de andere categorie dat de nazorg niet heeft plaatsgevonden in de drie maanden volgend op het ontslag<sup>14</sup>. Als we echter de woonsituatie na het ontslag (zoals op de P-kaart vermeld en gehercodeerd naar al dan niet alleenwonend) aan die uitspraak over het plaatsvinden van de nazorg relateren, dan blijkt het zojuist genoemde verband echter geen stand te houden maar evenmin de eerdere veronderstelling te ondersteunen.

De veronderstelling dat als men eerder nazorg heeft gehad deze ook nu weer eerder gegeven wordt (Ten Horn 1982: 99) wordt ook in dit onderzoek niet bevestigd terwijl de niet bij Ten Horn bevestigde veronderstelling dat het krijgen van nazorg in de eerste twaalf weken na het ontslag zou samenhangen met de aard van de diagnose (Ten Horn 1982: 49) wel wordt bevestigd: met name de neurotici vallen op door het gegeven dat juist zij melden dat de nazorg (toch) niet heeft plaatsgevonden.

#### 7.4.5. Samenvatting

In de hieraan voorafgaande subparagrafen hebben we de nazorg van de ex-patiënten gespecificeerd naar een aantal variabelen. De meeste aandacht ging daarbij uit naar de diagnose en het feit of de ex-patiënt voor het eerst was opgenomen of al een intramurale voorgeschiedenis had.

Duidelijk bleek toen al dat zij die tot de diagnosecategorie psychose behoren reeds een psychiatrische voorgeschiedenis achter de rug hebben; je zou ook kunnen zeggen dat het een riskante groep is. Dat blijkt ook uit de nazorgsituatie: zowel de instantie die de nazorg verzorgt alsook de inhoud en de doelstelling ervan doet een beeld van extra-begeleiding ontstaan.

De volgende accenten zijn bij de psychotici te constateren inzake de nazorgsituatie:

- waar zij (in het licht ook van hun voorgeschiedenis) in het APZ werden opgenomen vooral door de bemoeienis van de SPD en van de poliklinische of intramurale psychiatrische zorg (dat wil zeggen toch wel door toedoen van het psychiatrische circuit), blijven ze in dat circuit door met name het krijgen van nazorg van de psychiatrische polikliniek en de vrijgevestigd zenuwarts met een sterk accent op medicijngebruik;
- het doel van de nazorg wordt bij de categorie psychotici toch vooral gezocht in het voorkómen van iets ernstigs c.q. het stabiliseren en onder contróle houden van de situatie van de ex-patiënt, terwijl bij de neurotici wordt gestreefd naar het zelfstandig leren omgaan met problemen zonder begeleiding; de neurotici scoren overigens het laagst op de zekerheids-, assertiviteits- en stabiliteitsschaal;
- de psychiatrische voorgeschiedenis van de psychotici komt ook tot uiting in de reeds eerder opgedane ervaringen met de nazorginstanties; mogelijk zijn deze ervaringen de 'oorzaak' van het feit dat juist zij menen niet in de nazorg te hebben kunnen meebeslissen en dat juist zij de nazorg uiteindelijk toch als nutteloos ervaren;
- de nazorginstantie zelf is ook zorgzamer voor deze categorie; zo legt hier de nazorginstanties het eerste contact, duurt de nazorg ook langer en houdt het APZ veel meer dan bij de neurotici de controle over de ex-patiënt (onder andere door de sociale relaties in te schakelen);
- medicijnen blijken voor de psychotici in de nazorg een belangrijke rol te spelen. Begrijpelijk waar met deze medicijnen beoogd wordt de ex-patiënt zoveel mogelijk weer over een normaal instrumentarium te laten beschikken ten einde weer zo zelfstandig mogelijk te kunnen functioneren.

De neurotici verkeren inzake de nazorgsituatie bijna automatisch en bij voortduring in de tegenovergestelde situatie:

- zij hebben minder vaak een psychiatrisch verleden;
- hun opname gebeurt vooral op aanvraag van huisarts of eigen polikliniek waar men reeds (ambulant) werd begeleid en dus komt de nazorg ook meer buiten het psychiatrische circuit terecht zoals bij het algemeen maatschappelijk werk;
- de nazorginstantie lijkt minder bezorgd; de ex-patiënt neemt zelf contact op;

nazorg wordt ook niet altijd gerealiseerd hoewel (of juist doordat) deze door het APZ werd geregeld;

- zoals gezegd is de doelstelling van de nazorg meer op assertiviteit gericht en minder directief; de geboden hulp loopt daarmee parallel door de nadruk te leggen op het oplossen van problemen met materiële zaken en tijdsopvulling;
- bij hen wordt de inhoud van de nazorg minder door medicijnen en meer door therapeutische begeleiding bepaald, hoewel ook bij hen medicijnen een belangrijke rol spelen.

Parallel hiermee lopen de verschillen tussen de voor het eerst en de reeds eerder opgenomen ex-patiënten.

Wat betreft de reeds eerder opgenomen ex-patiënten loopt een aantal kenmerken van deze categorie parallel met die van de psychotici op het punt van de nazorg:

- nazorg door polikliniek, met nadruk op het via medicijnen stabiliseren van de situatie;
- het menen niet te kunnen meebeslissen in de nazorg, het intenser worden begeleid.

Toch zijn er ook verschillen: zo krijgen de reeds eerder opgenomen ex-patiënten meer dan de voor het eerst opgenomenen hulp bij materiële en immateriële zaken. Nadere analyse leert dat het hier vooral gaat om reeds eerder opgenomen neurotici.

Samenvallend met de diagnose psychose en met het eerder al intramuraal opgenomen zijn, is de categorie ongemotiveerden. Een dergelijke groep is in de nazorg wel degelijk te onderscheiden als een weliswaar beperkte maar toch constante groep. Het is een moeilijke groep omdat zij niet actief willen of menen te mogen participeren in de nazorg (niet meebeslissen, geen plan) terwijl zij bovendien de nazorg als nutteloos ervaren. Zij worden meestal ook niet via poliklinische controle maar via huisbezoek begeleid. Een moeilijke categorie in de nazorg lijkt derhalve te zijn de ongemotiveerde psychoticus die reeds enige malen in een APZ was opgenomen.

Tenslotte hebben we enige bevindingen van Ten Horn (1982) onderzocht

- Niet bevestigd worden haar bevindingen dat gehuwden niet minder nazorg krijgen dan ongehuwden. Wij constateren dat juist de gehuwden (misschien door de mogelijkheid voor de nazorg sociale relaties te kunnen inschakelen) meer dan ongehuwden door de nazorg worden begeleid.  
Ook de idee dat ex-patiënten die niet 'naar huis teruggaan' meer nazorg zouden moeten krijgen wordt door ons onderzoek evenals bij Ten Horn, niet bevestigd.
- Wel bevestigd wordt de constatering dat reeds eerder ontvangen nazorg ook later weer nazorg oplevert en dat de diagnose (in ons geval neurose) samenhangt met het niet geëffectueerd worden van de nazorg, een samenhang die Ten Horn wel wilde maar niet kon constateren. Ook wordt bevestigd dat het risico van geen nazorg krijgen inderdaad afhangt van het ongehuwd zijn, niet eerder opgenomen zijn, geen eerdere nazorg hebben gehad, niet gemotiveerd zijn en opgenomen zijn geweest met de diagnose neurose.

## 7.5. Besluit inzake de nazorg

Gezien het feit dat slechts 16 procent van de ex-patiënten in de periode van zes maanden volgend op het ontslag geen problemen heeft gekend, zou het goede zaak zijn als de resterende 84 procent steun zou krijgen bij het oplossen van hun problemen. Dat lijkt het geval te zijn daar slechts voor 7 procent van de ex-patiënten geen nazorg is geregeld en 14 procent van de ex-patiënten bij het ontslag zegt geen nazorg te krijgen (4 procent van hen blijkt het na drie maanden alsnog gehad te hebben!). De huisarts, de SPD maar vooral de psychiatrische polikliniek worden door hen als nazorginstantie aangewezen (33 procent noemt overigens meerdere nazorginstanties) en blijken in het verdere verloop ook vooral actief te zijn. Daarbij is opmerkelijk dat met name SPD en psychiatrische polikliniek hun eigen cliënten vasthouden: ze geven nazorg aan met name de cliënten die ze zelf naar het APZ verwezen, en verwijzen in de periode na het ontslag ook nauwelijks naar elkaar, terwijl de huisarts dat wel doet.

De huisarts heeft overigens een centrale plaats in de nazorg en dit met name gezien de hem toegewezen taak om als centraal coördinatiepunt van de gezondheidszorg te fungeren, maar ook als verstrekker van medicijnen. De meeste nazorg wordt echter met 33 procent gegeven door de psychiatrische polikliniek.

Voor eenderde van de ex-patiënten duurt de nazorg niet langer dan drie à vier maanden en voor eenderde langer dan een half jaar.

Waar Ten Horn (1982) in haar onderzoek constateert dat 47 procent van de ex-patiënten de eerste drie maanden na het ontslag geen nazorgcontact heeft, komen wij 'slechts' tot 20 procent. Een belangrijke verklaring voor dit verschil is gelegen in het feit dat Ten Horn haar gegevens verzamelde tussen 1974 en 1978 en wij in 1979 en 1980, maar vooral in de operationalisering van het begrip nazorginstantie waarbij (aanvankelijk) de aanwezigheid van een psychiater op de loonlijst van de nazorginstantie vereist was in haar onderzoek.

Nazorg door niet-psychiatrische hulpverleners zoals door huisarts en maatschappelijk werk wordt door haar derhalve niet meegeteld. Volgen we haar definitie van nazorg dan nog komen wij tot 30 à 36 procent ex-patiënten die de eerste drie maanden geen nazorgcontact hadden; een aandeel dat nog steeds aanzienlijk is te noemen.

Haar beperking van het begrip 'nazorginstantie' lijkt ons overigens volstrekt ten onrechte: het leidt tot 'psychiatrisering' van de nazorg wat in het huidige denken omtrent nazorg wat anachronistisch aandoet. Onze conclusie blijft derhalve dat 80 procent van de ex-patiënten nazorg krijgt in de eerste drie maanden volgend op het ontslag.

In de nazorg spelen medicijnen een belangrijke rol: niet alleen worden ze bij het ontslag aan driekwart van de ex-patiënten voorgeschreven; bijna ieder van hen zegt ze ook te hebben gebruikt in de eerste drie maanden na het ontslag.

De organisatie van de nazorg wordt nagenoeg steeds door het APZ geregeld, hoewel in tegenspraak met hun APZ-collega's ook de hulpverleners uit de nazorg zich daarbij een rol hebben toegedacht.

De samenwerking tussen SPD als nazorginstantie en APZ wordt door beide partijen nogal eens ongunstig beoordeeld.

Hoewel bijna alle ex-patiënten bij het ontslag de nazorg als iets nuttigs beschouwen, wordt 15 à 20 procent van 'hun' cliënten door de hulpverleners uit de nazorg niet gemotiveerd genoemd. Alleen die ex-patiënten gemotiveerd noemen, die zelf contact opnemen met de nazorginstantie, gaat ons te ver. Het zou bovendien betekenen dat slechts 36 procent van de ex-patiënten voor de nazorg gemotiveerd zou zijn.

Ten aanzien van het meebeslissen in de vorm, inhoud en activiteiten van de nazorg verschillen 29 procent van de ex-patiënten met 'hun' hulpverleners; deze laatste vinden dat 'hun' cliënten daartoe wel de mogelijkheid hebben, terwijl de ex-patiënten zelf dit ontkennen. Een dergelijke discrepantie die we ook bij de intramurale behandeling constateerden, is ook te constateren inzake het bestaan van een nazorgplan.

In de lijn van de doelstelling van de intramurale behandeling ligt de doelstelling van de nazorg: het (weer) zelfstandig functioneren van de ex-patiënt. Dat deze behandelingscontinuïteit in doelstelling niet op vriendenbasis tot stand hoeft te komen, moge blijken uit het gegeven dat bijvoorbeeld de relatie tussen APZ en SPD door één op de vijf intramurale hulpverleners slecht tot zeer slecht wordt geacht en door één op de acht hulpverleners van de SPD.

Het contact tussen ex-patiënt en nazorginstantie wordt in tweederde van de gevallen niet door de ex-patiënt geïnitieerd. Zowel ex-patiënt als hulpverlener zijn het daarover eens.

De indruk bestaat dat bij meer dan de helft van de ex-patiënten (bij wie dat mogelijk is) huisgenoten c.q. familieleden bij de nazorg worden betrokken; met de helft is er ook een (voor ons gevoel onverwacht) grote continuïteit in het betrekken van dezelfde sociale relaties bij zowel de intramurale behandeling als bij de nazorg. Ook hier ligt een uitgangspunt voor continuïteit en samenwerking. Het niet betrekken van sociale relaties bij de hulpverlening heeft overigens veel te maken met het gegeven dat de ex-patiënt of de sociale relatie dat niet wil.

Hoewel minder nadrukkelijk dan bij de intramurale behandeling bestaat er minstens naar de idee van de hulpverleners een soort plan voor de nazorg: 80 procent van de hulpverleners noemt dit.

Als doel van de nazorg wordt door de ex-patiënten (na een ervaring van drie maanden) en door hun hulpverleners vooral het zelfstandig functioneren en het actief opkomen voor je zelf genoemd.

Factoranalytische benadering van de uitspraken lokaliseert zekerheid en assertiviteit na drie maanden en stabiliteit na zes maanden als dimensies waarmee de nazorg gekarakteriseerd wordt. Ex-patiënten scoren op deze drie dimensies verschillend. In vergelijking met de psychotici en de neurotici scoren vooral de verslaafden hoog op de zekerheids- en assertiviteitsschaal. Daartegenover scoren de psychotici hoog op de stabiliteitsschaal in vergelijking met de verslaafden en de neurotici.



Wat betreft het beëindigen van de nazorg is belangrijk dat de helft van de ex-patiënten die na zes maanden geen nazorg meer hadden stelt dat ze die niet meer nodig vonden. Verder blijkt dat de categorie ex-patiënten die korter dan één maand was opgenomen al snel geen nazorg meer heeft; bij de helft van hen was na drie maanden al geen nazorg meer.

Opmerkelijk is verder dat voor bijna de helft van de ex-patiënten die na drie maanden geen nazorg meer hadden deze naar hun ervaring (volstrekt) nutteloos was geweest. In het algemeen hebben ook de ex-patiënten, die zes maanden of langer nazorg hadden, daarmee geen goede ervaringen. Voor bijna de helft van hen waren het globaal steeds slechte ervaringen.

Verschilt de nazorg nog naar een aantal categorieën ex-patiënten?

Een groot aantal onderzoeksgegevens wijst in de richting van de categorie gehuwden:

- bij hen vindt de nazorg ook echt plaats; bij de ongehuwden vaker niet hoewel nazorg was toegezegd;
- bij hen kunnen, maar worden ook gezins- en familieleden bij de nazorg betrokken; bij de ongehuwden veel minder en dat wordt niet opgevuld door vrienden of kennissen;
- de gehuwden beoordelen de nazorg ook wel positiever dan de ongehuwden.

Ook de ex-patiënten met een lagere opleiding onderscheiden zich van de andere:

- zij hebben vooral nazorg van de polikliniek en het algemeen maatschappelijk werk; de hoger opgeleiden eerder van een vrijgevestigd zenuwarts;
- verder blijkt dat vooral de ex-patiënten met een hoge opleiding hoog scoren op alle drie de genoemde schalen. Blijkbaar zijn deze doeleinden van de nazorg voor de lager opgeleide ex-patiënten minder toegankelijk.

Verder geeft een aantal onderzoeksgegevens aanleiding tot de veronderstelling dat met name de psychotici veel intensiever na het ontslag worden begeleid dan de verslaafden of de neurotici. Dat heeft mogelijk te maken met het feit dat zij door eerdere opname en/of door eerdere contacten met de AGGZ beter geïnformeerd zijn over en beter ingevoerd zijn in het GGZ-circuit. Mogelijk ook doordat zij vooral poliklinisch worden begeleid met als doel de persoonlijke situatie van de ex-patiënt onder controle te houden. Ook het inschakelen van sociale relaties om te zorgen dat gemaakte afspraken worden nagekomen, moet in dat licht worden gezien evenals het gegeven dat zij vooral medicijnen gebruiken. De neurotici daarentegen hebben korter nazorg, konden zelf meer meebeslissen in de nazorg en namen naar eigen zeggen zelf ook met de nazorginstantie contact op. Hun nazorg bestaat meer dan bij de psychotici uit psychotherapie, hulp bij tijdsopvulling en bij materiële zaken.

Steeds zien we de zeer belangrijke plaats van medicijnen in de nazorg voor psychotici en de nadruk op het zelfstandig functioneren en het zelf doen in de nazorg van neurotici.

Het is niet verwonderlijk dat de verschillen tussen de psychotici en neurotici in grote lijnen parallel lopen met het onderscheid tussen al eerder en voor het eerst opgenomen patiënten.

Vooraf de voor het eerst opgenomen ex-patiënten krijgen geen nazorg, zij gebruiken ook veel minder medicijnen en verwachten vooral ambulant begeleid te worden met name door het algemeen maatschappelijk werk. Zij krijgen ook meer dan andere ex-patiënten individuele en groepstherapeutische begeleiding.

De groep 'ongemotiveerden' neemt in de nazorg een speciale plaats in. De ex-patiënten die daartoe behoren, willen niet of menen niet actief te mogen participeren in de hulpverlening na het ontslag en ervaren de begeleiding ook als nutteloos. De ongemotiveerde psychotici die reeds eerder in een APZ waren opgenomen vragen blijkbaar de meeste aandacht in de nazorg.

Een aantal bevindingen van Ten Horn (1982) konden door onze onderzoeksgegevens worden bevestigd.

Hoewel theoretisch ook averechts denkbaar, krijgen gehuwde ex-patiënten en ex-patiënten die reeds eerder nazorg kregen, meer nazorg dan ongehuwden, voor het eerst opgenomen ex-patiënten en neurotici.

### **8.1. Inleiding**

In het eerste hoofdstuk merkten we al op dat heropname slechts ogenschijnlijk een eenduidig begrip is namelijk voorzover het gaat om mensen die na een korter of langer verblijf in een APZ na enige tijd opnieuw voor behandeling worden opgenomen.

Het gaat steeds om opnieuw opgenomen ex-patiënten en het verwijst zowel naar de situatie waarin de ex-patiënt op dat heropnamemoment verkeert als naar de activiteit die door de sociale relaties en/of de professionele hulpverlening rond deze heropname wordt ontplooid.

Heropname wordt dan ook vaak geassocieerd met:

- a. het 'falen' van de ondersteuning door het sociale netwerk;
- b. het 'falen' van de intramurale behandeling en/of van de nazorg;
- c. het 'falen' van de ex-patiënt.

Naar onze mening is heropname in een aantal gevallen niet terug te voeren tot de zojuist genoemde 'faal'-mogelijkheden: sommige mensen zoeken steeds opnieuw erkenning voor hun lijden (Isarin, 1984), andere hebben een soort 'chronisch terugkerende' zorg die gepaard gaat met een vorm van afzondering, nodig om op de been te blijven.

Ondanks deze relativerende opmerking willen we in dit hoofdstuk onze aandacht richten op de samenhang tussen de genoemde 'faal'-mogelijkheden enerzijds en heropname anderzijds.

We zullen daarbij een groot aantal factoren die als indicatoren van de genoemde drie 'faal'-mogelijkheden kunnen worden beschouwd afzonderlijk met heropname in verband brengen (analyse op bivariaat niveau). Bovendien zullen steeds drie of vier indicatoren die op theoretische gronden voor iedere 'faal'-mogelijkheid door ons belangrijk worden geacht gelijktijdig in één analyse ter verklaring van de heropname worden ingevoerd (analyse op multivariaat niveau)<sup>1</sup>.

Nadat in de eerste paragraaf (8.2) een indruk gegeven is van de heropnamecijfers en het 'al dan niet uitkomen van de verwachtingen van de ex-patiënten en hun hulpverleners omtrent de heropname, wordt nagegaan in hoeverre voor het begrijpen van de heropname de met de ex-patiënt verbonden demografische (zoals geslacht en leeftijd) en klinische (zoals diagnose en behandelduur) kenmerken van belang zijn (paragraaf 8.3).

Vervolgens (paragraaf 8.4, 8.5 en 8.6) gaan we de samenhang na tussen de genoemde 'faal'-mogelijkheden en de heropname.

Zo wordt in paragraaf 8.4 de geïntegreerdheid c.q. de integratiemogelijkheid van de ex-patiënt in diens sociaal netwerk geanalyseerd via de houding die sociale relaties tegenover de opname, de behandeling en het ontslag uit het APZ (acceptatie en 'social support', e.d.) innemen. Ook de vraag of de sociale relaties bij de intra- en extramurale hulpverlening werden betrokken, komt hier aan de orde.

In paragraaf 8.5 besteden we aandacht aan de vraag of de intramurale behandeling en de extramurale nazorg van invloed zijn op het al dan niet heropgenomen worden.

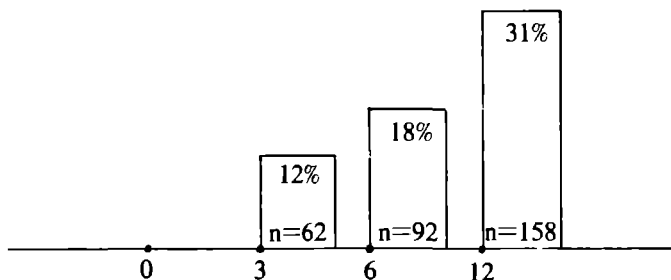
Tenslotte (paragraaf 8.6) wordt een indruk gegeven van de draagkracht van de ex-patiënt en van het al dan niet bestaan van een ex-patiëntproblematiek.

## 8.2. De realiteit rond heropname

### 8.2.1. Heropname in cijfers

Van de 517 bij het ontslag geïnterviewde ex-patiënten blijken volgens de administratieve gegevens van de zeven APZ-en 158 ex-patiënten (= 31%) binnen een jaar na het ontslag één of meerdere malen te zijn heropgenomen: éénmaal 24% (n = 124), tweemaal 5% (n = 28), driemaal 2% (n = 4) en zesmaal 1/2% (n = 1). Van de 31 procent heropnames binnen één jaar maken deel uit de 18 procent (n = 92) heropnames binnen 6 maanden en daarvan weer de 12 procent (n = 62) heropnames binnen drie maanden (overzicht 8.1).

*Overzicht 8.1 — Heropnames binnen 3, 6 en 12 maanden na het ontslag*



Het heropnamecijfer blijkt te stijgen van 12% binnen drie maanden na het ontslag tot 31% binnen twaalf maanden na het ontslag. (Dit gegeven komt in de buurt van de 38% ontslagen die in het onderzoek van Ten Horn (1982: 162) door een heropname werden gevolgd.)

Wat betreft de totale duur van de heropnames blijkt deze voor bijna de helft (41%) langer dan drie maanden te zijn (het gemiddelde is 96 dagen en de mediaan is 72 dagen).

Dat de lengte van de totale heropnameduur niet sterk afhankelijk is van het aantal malen dat heropname plaatsvond, moge blijken uit het gegeven dat de gemiddelde duur van de eerste heropname al 81 dagen was met een mediaan van 60 dagen.

### 8.2.2. Verwachte en onverwachte heropname

In hoeverre komt een heropname nu voor de betrokkene onverwacht? De eenvoudigste manier om dat te onderzoeken is de verwachtingen die de ex-patiënten bij het ontslag omtrent een mogelijke heropname hebben, te relateren aan de feiten; een methode die we ook al eerder (in hoofdstuk 6) hebben toegepast ter bepaling van (on)verwachte problemen c.q. (on)verwachte terugval. Waar in alle drie de gegevensverzamelingen het percentage ex-patiënten, dat een heropname mogelijk acht, nooit hoger is dan 25 procent, terwijl het percentage feitelijke heropnames binnen één jaar hoger is dan 30 procent, zal zich ongetwijfeld een aantal niet verwachte heropnames hebben voorgedaan. Waar de (intramurale) hulpverleners bij 28 procent van 'hun' ex-patiënten een heropname vermoedelijk of zelfs zeer waarschijnlijk acht, is bij hen de kans op onverwachte heropnames ogenschijnlijk wat kleiner (bij 13% verwachtten zij overigens meerdere heropnames binnen het half jaar).

Brengen we de verwachtingen van ex-patiënten en hun hulpverleners in verband met de feitelijke heropname (bijlage 8.1) dan blijkt ongeveer een kwart van de ex-patiënten in hun verwachtingen teleurgesteld te zijn. Het al dan niet uitkomen van de verwachtingen van de intramurale hulpverleners, is op dit punt niet beter of niet slechter<sup>2</sup>.

De aard en de sterkte van de samenhang tussen verwachte heropnames en het feitelijk vóórkomen hebben we in de overzichten 8.2 en 8.3 weergegeven met behulp van de significantie- (p) en de relevantiewaarde (Cr's V).

*Overzicht 8.2. — Samenhangen tussen de heropname-verwachting van de ex-patiënten en de heropname binnen 3, 6 en 12 maanden*

Verwachting van heropname door ex-patiënten	heropname binnen drie maanden		heropname binnen zes maanden		heropname binnen twaalf maanden	
	p	Cr's V	p	Cr's V	p	Cr's V
op ontslagmoment	04	11	00	16	00	20
op de 2e meting			00	24	00	25
op de 3e meting					00	24

### Overzicht 8.3 — Samenhangen tussen de heropname-verwachting van de hulpverleners en de heropname binnen 3, 6 en 12 maanden

Verwachting van heropname door hulpverleners	heropname binnen drie maanden		heropname binnen zes maanden		heropname binnen twaalf maanden	
	p	Cr's V	P	Cr's V	P	Cr's V
op ontslagmoment	00	.15	00	19	00	20
door de nazorg op de 2e meting			00	44	00	43
op de 3e meting					00	35

Er blijkt een sterke samenhang tussen de verwachtingen die ex-patiënten drie maanden na het ontslag formuleren ten aanzien van de toekomst inzake een mogelijke heropname en het optreden van de heropname<sup>3</sup>.

Verder blijkt dat aan de verwachtingen van de hulpverleners een grotere predictiekracht kan worden toegekend dan aan die van de ex-patiënten (hoewel niet uit het oog dient te worden verloren dat zij bij 24 procent geen heropname verwachtten, die wel binnen het jaar plaatsvond).

Tenslotte blijkt dat vooral de hulpverleners uit de nazorg, mede gezien wellicht de ervaringen die zij met de ex-patiënt ondertussen hebben opgedaan inzake diens functioneren buiten het APZ, en mede gezien het feit dat juist zij te maken hebben met ex-patiënten die voor steun en begeleiding een beroep op hen doen, (dus niet de meest 'sterke' ex-patiënten) een zeer reële voorspelling kunnen geven van een mogelijke heropname (hoewel ook door hen één op de vijf heropnames niet was verwacht).

Een verklaring voor het feit dat ex-patiënten, die een heropname verwachten, ook inderdaad in grotere mate worden heropgenomen, zou kunnen worden gezocht in het gegeven dat ze al eerder waren opgenomen en op grond daarvan de toekomst somberder c.q. realistischer inzien dan de voor het eerst opgenomen patiënten. Een nadere analyse inzake deze samenhang ondersteunt deze verklaring echter niet ( $p = .40$ ).

Voor de hulpverleningsverwachtingen hebben we deze mogelijke verklaring eveneens onderzocht. Ook dit verband is niet significant ( $p = .08$ ).

De belangrijkste achtergronden voor een mogelijke heropname zien zowel de ex-patiënten als de hulpverleners, die een heropname verwachten, gelegen in: verslaving, eenzaamheid, het weer ziek/overspannen worden.

Voor de (intramurale) hulpverleners gelden bovendien nog als belangrijkste heropname-oorzaken:

de ex-patiënt houdt zich niet aan afspraken, de sociale omgeving geeft de ex-patiënt

geen kans, bepaalde omstandigheden (van relationele, maar ook van materiële aard) breken het effect van de behandeling weer af.

De hulpverleners uit de nazorg leggen vooral de nadruk op:

heroptreden van psychoses en/of depressies, verslaving, niet meer innemen van medicijnen, relatieproblemen.

### **8.2.3. Samenvatting**

Eén jaar na het ontslag blijkt één op de drie ex-patiënten één of meerdere malen te zijn heropgenomen. Eén op de acht ex-patiënten werd al binnen drie maanden na het ontslag heropgenomen; het gaat daarbij in bijna de helft van de gevallen om een heropname die langer dan drie maanden duurt. Eén op de vier heropnames was door de hulpverlener bij het ontslag niet verwacht; toch is hun predictie ten aanzien van een mogelijke heropname groter dan die van de ex-patiënten. Dat geldt te meer voor de predictie afgegeven door de hulpverleners uit de nazorg.

Het samenhangen van de verwachte heropname en de feitelijk opgetreden heropname wordt niet beïnvloed door het al meer dan eens opgenomen zijn geweest in een APZ.

Uitgaande van de veronderstelling dat intramurale hulpverleners in het algemeen niet verwachten dat 'hun' ex-patiënt binnen afzienbare tijd weer zal worden opgenomen, is vermeldenswaard dat toch nog één op de vier hulpverleners heropname van 'hun' ex-patiënt zeker of waarschijnlijk acht.

## **8.3. Enkele patiëntkenmerken en heropname**

### **8.3.1. Demografische kenmerken**

In een nadere analyse van de heropname hebben we allereerst aandacht geschonken aan een aantal met de persoon van de ex-patiënt verbonden kenmerken (leeftijd, geslacht, burgerlijke staat, inkomensbron en opleiding). Deze kenmerken hebben we in verband gebracht met de heropname binnen 6 en 12 maanden na het ontslag.

Zoals in hoofdstuk 1 aangegeven, veronderstelden Serban e.a. (1974) en Rushing e.a. (1979) dat heropname varieert naar deze kenmerken.

In dit onderzoek blijken leeftijd, geslacht, burgerlijke staat, inkomensbron en opleiding (al dan niet met een diploma afgesloten) geen verband te houden met de heropname binnen 6 of 12 maanden na het ontslag. Ook de in de P-kaart geregistreerde variaties in sociaal niveau en woonsituatie hebben geen verband met de feitelijke heropname.

Het enige persoonsgebonden gegeven, dat ons iets verduidelijkt over de heropname, heeft betrekking op de werksituatie van de ex-patiënt: zij die denken na het ontslag niet hetzelfde werk terug te krijgen zijn significant meer binnen 6 maanden

heropgenomen dan zij die dat wel denken terug te krijgen. ( $p = .05$ ,  $\phi = .16$ ) Dat het hier vooral gaat om het aanwezig zijn of ontbreken van een toekomstperspectief en niet zozeer om de feitelijke werksituatie zelf, zou kunnen worden afgeleid uit het gegeven dat zij die na 3 c.q. na 6 maanden constateren dat ze na het ontslag hetzelfde werk hebben teruggekregen, niet meer werden heropgenomen dan zij die het tegenovergestelde constateren. We zijn verder nog nagegaan of het niet uitkomen van deze verwachting (hetzelfde werk (terug) te krijgen) mogelijk verband houdt met heropname. Dat blijkt niet het geval te zijn.

Wel zijn significant meer ex-patiënten heropgenomen, die voor de opname wel werk hadden maar na het ontslag dat in welke vorm dan ook zijn kwijtgeraakt. De betreffende samenhang blijkt te bestaan voor heropnames binnen 3, 6 en 12 maanden na het ontslag (overzicht 8.4).

*Overzicht 8.4. — Relatie tussen werk vóór de opname en het wel/niet terugkrijgen ervan na het ontslag enerzijds en heropname anderzijds (n = 121)*

	Heropname binnen drie maanden	Heropname binnen zes maanden	Heropname binnen een jaar
wel/niet gecontinueerde werksituatie	$p = .01$ , Cr's V = 16	$p = .00$ , Cr's V = 18	$p = .00$ , Cr's V = 17

Het niet meer terugkrijgen van werk blijkt een relevante predictie-variabele te zijn inzake heropname.

Volgens Serban & Gidynski (1974) zou niet het werkloos zijn op zich, maar het aangewezen zijn op een uitkering, heropname bevorderen.

We zijn dit nagegaan voor de WAO-ers ( $n = 73$ ) en dan met name zij die menen ten onrechte daarop te zijn aangewezen (33%;  $n = 24$ ). Dezen blijken overigens allemaal jonger dan 55 jaar te zijn (8 van deze 24 zijn tussen 45 en 55 jaar oud). Zij die in de WAO zijn, lijken inderdaad meer dan de niet-WAO-ers binnen drie maanden te zijn heropgenomen. ( $p = .04$ ; Cr's V = .10)

Het zich al dan niet terecht in de WAO voelen opgenomen, vertoont geen verband met heropname, ook niet als we alleen de ouderen boven de 55 in de analyse betrekken. Ons idee dat met name de jongeren dit als probleem zouden ervaren en op grond daarvan eerder worden heropgenomen, wordt door de onderzoeksgegevens niet gesteund. Wel blijkt het op de WAO aangewezen zijn van met name de jongeren met heropname samen te hangen. Is het verband bij de leeftijdsgrens van 55 jaar nog niet significant ( $p = .10$ ), verlagen we die grens tot 45 jaar dan lijken de WAO-jongeren significant meer dan de ouderen binnen een jaar te zijn heropgenomen ( $p = .04$ ;  $\phi = .12$ ). Deze samenhang neemt toe, wanneer we de heropnames binnen drie maanden na het ontslag bestuderen: vooral in die termijn lijken de WAO-jongeren heropgenomen te worden ( $p = .00$ ;  $\phi = .14$ ).



Uit het voorgaande duikt het beeld op van voor het werk afgeschreven mensen. Voor de meesten van hen is dat niet onverwacht en de meesten gaan daar ook mee akkoord. De veronderstelling, dat de ex-patiënten die buiten hun verwachting, hun werk niet terugkrijgen eerder voor heropname in aanmerking zouden komen, wordt in dit onderzoek bevestigd.

Tot hier toe wordt de veronderstelling dat heropname zou variëren naar geslacht, opleiding, inkomensbron, leeftijd en burgerlijke staat niet door de zojuist behandelde analyses ondersteund. Vermoedelijk zullen deze factoren derhalve geen of weinig predictieve kracht hebben ten aanzien van heropname. Om hieromtrent meer zekerheid te krijgen zijn de belangrijkste factoren niet afzonderlijk maar gelijktijdig in één analyse<sup>4</sup> ingevoerd. Ook uit deze analyse bleek dat heropname op geen enkele wijze van de gezamenlijke factoren geslacht, leeftijd, opleiding, inkomensbron en burgerlijke staat afhankelijk is. Met deze factoren zijn dus geen risicogroepen ten aanzien van heropname aan te wijzen.

### 8.3.2 Klinische kenmerken

Volgens Rosenblatt en Mayer (1974) zou de enige factor die significant samenhangt met heropname bestaan uit het gegeven of iemand al eerder in een APZ was opgenomen. Ook Miller en Willer (1976) hebben daarop gewezen. In ons onderzoek was 53 procent al meer dan één keer in één (meestal hetzelfde) APZ opgenomen (47% was er dus voor het eerst).

De bevindingen van bovengenoemde auteurs worden ook via dit onderzoek ondersteund. De betreffende samenhangen en de sterkte ervan zijn in overzicht 8.5. weergegeven.

#### Overzicht 8.5

Eerdere opname	Heropname binnen zes maanden		Heropname binnen twaalf maanden	
	p	phi	p	phi
reeds eerder opgenomen in een APZ	00	15	00	15
in één van de zeven APZ-en	00	17	00	15

Waar we reeds constateerden (hoofdstuk 5) dat met name de patiënten met psychose al eerder in een APZ waren opgenomen, zouden we kunnen veronderstellen dat niet het reeds eerder opgenomen zijn maar het psychotisch-zijn de heropname verklaart.

Dat wil zeggen: het verband zou worden 'wegverklaard' bij invoering van de factor diagnose.

Dat blijkt echter niet het geval te zijn: zowel bij de psychotici, als de neurotici, als de verslaafden, blijft de relatie tussen eerdere opname en heropname gehandhaafd. Steeds blijkt een eerdere opname eerder te leiden tot heropname.

Volgens Attkinson (1975), Greenblatt en Glazier (1975) zou een te korte opnameduur een verhoogde kans op heropname geven en volgens Mattes (1982) zou een te lang verblijf met als gevolg hospitalisatie eveneens de heropnamekans vergroten. Herz en Endicott (1975) daarentegen betogen dat de duur van de behandeling geen verschil maakt voor de heropname. 'Te lang' en 'te kort' moeten ongetwijfeld gezien worden in relatie tot de opnameproblematiek en tot de doelstelling van de behandeling. Volgens onze onderzoeksgegevens varieert de feitelijke heropname van de ex-patiënten niet naar de behandelduur.

Ook met inachtneming van de diagnosecategorie bleek dit niet het geval te zijn; kortbehandelde psychosen (of neurosen) komen niet significant meer voor een heropname in aanmerking dan in langbehandelde psychosen (of neurosen).

### **8.3.3. Samenvatting**

Dit onderzoek ondersteunt niet de veronderstelling als zou de heropname variëren naar geslacht, inkomensbron, opleiding, burgerlijke staat, leeftijd. Ook aan een combinatie van deze factoren kon geen predictieve kracht worden toegekend. Dat wil zeggen dat geen risico-groepen ten aanzien van heropname met deze factoren kunnen worden geconstrueerd.

Het enige met de persoon verbonden kenmerk dat met heropname samenhangt is de werksituatie. Dat blijkt op twee manieren: zij die verwachten hun werk niet terug te krijgen blijken inderdaad meer te worden heropgenomen maar ook zij die dat wel hadden verwacht en in die verwachting door de realiteit werden teleurgesteld. Dit verband zien we ook optreden voor de ex-patiënten die voor hun 45e jaar in de WAO terecht komen en dat geldt dan vooral de heropnames die binnen drie maanden tot stand komen.

Ook een drietal kenmerken (die we klinische kenmerken hebben genoemd): diagnose, behandelduur en het al eerder in een APZ opgenomen zijn geweest, hebben we in verband gebracht met de heropname. Alleen de reeds eerdere opname vertoont daarmee een samenhang; het heropnamegegeven varieert noch met de duur van de behandeling, noch met de aard van de diagnose. Bovendien blijkt een eerdere APZ-ervaring in combinatie met diagnose niet inzake heropname te variëren: meermalen opgenomen psychotici verschillen inzake de heropname niet van neurotici met eerdere APZ-ervaring. Datzelfde geldt voor de duur van de behandeling: kort behandelde psychotici verschillen op het punt van heropname niet met de kort opgenomen neurotici.

Brengen we deze drie variabelen in één model bijeen, dan blijkt onder constant-houding van diagnose en behandelduur het effect van de eerdere opname onafhankelijk daarvan te blijven bestaan (het effect op de heropname uitgedrukt in Q is gelijk aan .28).

## 8.4. Sociale integratie en heropname

### 8.4.1. Geïntegreerdheid van de ex-patiënt in een sociaal netwerk

Diverse auteurs (o.a. Spiegel 1969; Ranek e.a. 1975) wijzen er op dat sociale contacten voor de ex-psychiatrische patiënt bijzonder belangrijk zijn. Een positief ingesteld thuisfront zou heropname tegen gaan. Het klimaat van het thuisfront komt naar onze mening tot uitdrukking in de indruk die de ex-patiënt heeft of zijn sociale relaties (huisgenoten en familieleden) vonden dat hij enerzijds te laat werd opgenomen en/of anderzijds te vroeg uit het APZ werd ontslagen. Dat het klimaat thuis naar de indruk van de ex-patiënten tijdens hun verblijf in het APZ nauwelijks is gewijzigd moge blijken uit het gegeven dat slechts bij 5% een niet verwachte verslechtering in het contact met huisgenoten c.q. familieleden tijdens hun verblijf in het APZ heeft plaatsgevonden (overzicht 8.6.).

*Overzicht 8.6 — Vonden huisgenoten e.a. dat u eerder opgenomen had moeten worden en dat u te vroeg werd ontslagen (in %)*

volgens mijn sociale relaties ben ik te laat opgenomen en te vroeg ontslagen	6 (22)
volgens mijn sociale relaties ben ik te laat opgenomen en niet te vroeg ontslagen	24 (98)
volgens mijn sociale relaties ben ik niet te laat opgenomen maar wel te vroeg ontslagen	8 (31)
volgens mijn sociale relaties ben ik niet te laat opgenomen en niet te vroeg ontslagen	62 (249)
<b>totaal</b>	<b>100 (400)</b>

Dat een positief ontvangstklimaat van het thuisfront van groot belang is ter preventie van heropname, zou ook kunnen blijken uit het gegeven dat juist die ex-patiënten, die na zes maanden signaleren dat hun contacten met huisgenoten ( $\phi = .37$ ) en/of familie ( $\phi = .26$ ) en/of vrienden ( $\phi = .30$ ) door de opname in het APZ slechter zijn geworden, meer kans hebben binnen het jaar te worden heropgenomen dan degenen die van oordeel zijn dat deze contacten niet zijn verslechterd.

Overigens dient te worden opgemerkt dat in drie kwart van de gevallen waar ex-patiënten konden constateren dat sociale relaties wisten van hun verblijf in het APZ, dit niet via negatieve maar via positieve reacties voor hen duidelijk werd.

Naarmate de sociale relaties minder 'direct' zijn voor de ex-patiënt, worden deze reacties evenwel minder positief.

Bij nadere bestudering van de relationele aspecten van de ex-patiënt-situatie blijkt er ook verband te bestaan tussen de constatering van de hulpverleners uit de nazorg dat de ex-patiënt de eerste werken na het ontslag problemen heeft gehad en heropname ( $p = .05$ ,  $\phi = .22$ ).

Nader onderzocht blijken dat niet allereerst de problemen te zijn die zich volgens deze hulpverleners voordeden in het gezin, de familie, de buurt of in de vrije tijdssituatie maar vooral de problemen in de werksituatie met werkcollega's.

Inzake de aard van de relatie tussen de ex-patiënt en zijn sociaal netwerk hebben we drie aspecten daarvan in één logit-model bijeengebracht om met behulp daarvan meer inzicht te kunnen krijgen in het heropname-verschijnsel.

- Voor het al dan niet aanwezig zijn van een netwerk zijn we nagegaan of de ex-patiënt na zijn ontslag uit het APZ alleen woonde of in een gezinsstructuur.
- Voor het klimaat in het netwerk zijn we nagegaan of dat netwerk volgens de ex-patiënt de opname in het APZ eerder had willen laten plaatsvinden.
- Voor de 'mantelfunctie' van het netwerk zijn we nagegaan in hoeverre volgens de (intramurale) hulpverleners aan huisgenoten gevraagd was erop toe te zien dat bij het ontslag gemaakte afspraken door de ex-patiënt ook werden nagekomen.

Onder constanthouding van beide eerstgenoemde indicaties blijkt de mantelfunctie preventief te zijn inzake heropname ( $Q = .31$ ); de beide eerstgenoemde aspecten zijn in deze samenhang niet predictief.

#### 8.4.2. Maatschappelijke weerbaarheid

Via een zestal uitspraken hebben we het concept maatschappelijke weerbaarheid ontwikkeld.

We zijn nagegaan in hoeverre deze weerbaarheid van de ex-patiënten samenhangt met de feitelijke heropname (overzicht 8.7).

*Overzicht 8.7 — Samenhangen tussen de maatschappelijke weerbaarheid van de ex-patiënten op de drie meetmomenten met de heropname binnen één jaar na het ontslag*

Weerbaarheid	Verband met heropname	
	P	Cr's V
bij ontslag	40	09
na drie maanden	05	15
na zes maanden	00	21

Bij het ontslag lijkt het al dan niet kunnen creëren van sociale integratie via maatschappelijke weerbaarheid vooralsnog geen invloed te hebben op het al dan niet heropgenomen worden. Anders wordt dat na drie en vooral na zes maanden (zie de toename van de Cramér's V). Na drie maanden worden de verschillen tussen de wel en niet-heropgenomen ex-patiënten op het punt van sociale weerbaarheid groter c.q. hoe meer weerbaar hoe minder heropgenomen. De aanvankelijke inschatting van (eigen) mogelijkheden lijkt op grond van bijvoorbeeld de ervaring als ex-patiënt te worden gerelativeerd. De relatie, die na drie maanden te constateren is, is nog sterker na zes maanden: duidelijk blijken hier de (redelijk) weerbare ex-patiënten oververtegenwoordigd bij de niet-heropgenomen ex-patiënten.

#### **8.4.3. Samenvatting**

Als sociale relaties lieten merken dat ze op de hoogte waren van de opname van de ex-patiënt, lieten ze dat in driekwart van de gevallen op positieve wijze merken. Een positief ingestelde sociale omgeving heeft een zekere preventieve invloed op heropname: bij verslechtering van contact is heropname eerder aan te nemen. Deze verslechtering manifesteert zich overigens meer naarmate de sociale relaties minder 'direct' zijn.

Verder blijkt dat controle op het nakomen van afspraken door de huisgenoten preventief werkt inzake heropname.

Niet alleen de houding c.q. activiteit van sociale relaties is van belang ter voorkoming van heropname. Dat geldt ook voor de mate waarin de ex-patiënt zichzelf laat gelden en in staat is sociale contacten aan te gaan. Naarmate hij in de tijd na het ontslag die vaardigheid blijkt te bezitten, wordt heropname minder waarschijnlijk. Daarbij is niet van belang of men die vaardigheid op het ontslagmoment bezit maar of die nog na drie maanden ex-patiënt zijn aanwezig is.

#### **8.5. Psychiatrische behandeling en heropname**

##### **8.5.1. De intramurale behandeling**

Als een van de doelstellingen van de behandeling in een APZ is mensen zoveel mogelijk en zo lang mogelijk buiten het APZ te laten functioneren, dan is het een gerechtvaardigde veronderstelling, dat aspecten van de behandeling verband zouden kunnen houden met het al dan niet worden heropgenomen.

Daarmee wordt niet gesuggereerd, dat bij het wel optreden van heropname, de intramurale behandeling c.q. de nazorg in gebreke is gebleven. Andere buiten de behandeling gelegen factoren kunnen daarvoor aansprakelijk zijn; enkele daarvan hebben we in de voorafgaande paragrafen al gesignaleerd.

Een eerste samenhang die we willen onderzoeken is het vrijwillige karakter van de opname. In hoofdstuk 5 hebben we betreffende deze vrijwilligheid enige relativeringen aangebracht omdat we de juridische vrijwilligheid als indicator voor het vrijwillige karakter van de opname onvoldoende vonden.

Voor het feit van heropgenomen worden blijkt deze differentiatie evenwel niet van belang te zijn: noch het juridisch (on)vrijwillig opgenomen zijn, noch het gegeven dat de ex-patiënt (volgens de hulpverlener) niet voor de behandeling was gemotiveerd, noch het gegeven dat de ex-patiënt (volgens de hulpverlener) onder druk en niet echt vrijwillig was opgenomen, heeft verband met heropname. Dit geldt ook voor de positie die de ex-patiënt inneemt op de door ons ontwikkelde (hoofdstuk 3) (on)vrijwilligheidsschaal. Is de opname volgens deze schaal echt onvrijwillig gebeurd dan levert dat geen significant hoger heropnamecijfer op. Ook Ten Horn (1982: 21) kwam tot een dergelijke conclusie.

Een belangrijk aantal behandelingsaspecten is te categoriseren onder de titel 'de inhoud van de behandeling'. Dat betreft dan niet alleen de inhoud in 'sensu stricto' in de zin van therapieën, maar ook het al dan niet bestaan van een behandelplan<sup>5</sup>, het behandeldoel, het betrekken van sociale relaties bij de behandeling, het al dan niet kunnen meebeslissen bij de behandelingen, het voorbereid zijn op problemen.

Deze elementen van de behandeling zijn afzonderlijk onderzocht op hun samenhang met het al dan niet heropgenomen worden binnen één jaar. Geen van de genoemde behandelaspecten noch het bestaan van een behandelplan vertonen een significant verband met heropname. Alleen het betrekken van huisgenoten en/of familieleden bij de intramurale behandeling blijkt ter voorkoming van heropname wel van belang ( $p = .02$ ; Cr's  $V = .15$ ).

Hetzelfde verschijnsel zien we bij de nazorg: worden er volgens de hulpverleners geen huisgenoten bij de nazorg betrokken dan stijgt de heropnamekans ( $p = .04$ ; Cr's  $V = .17$ ).

De mogelijkheid die ons nu nog openstaat de heropname te bestuderen is niet in het licht van de behandelinhoud maar in het licht van de evaluatie van de behandeling door de ex-patiënten en/of door de hulpverleners.

In zijn algemeenheid blijken samenhangen met heropname echter niet aanwijsbaar<sup>6</sup>. Of de ex-patiënten (volgens henzelf) de behandeling nu wel of niet nuttig of goed hebben gevonden, of die wel of niet aansloot bij hun problemen, of ze zich wel of niet (sterk) verbeterd voelden door de behandeling: al deze indicatoren hebben geen verband met het al dan niet binnen een half of één jaar heropgenomen worden.

Kijken we specifiek naar het al dan niet opgewassen zijn tegen problemen na het ontslag, dan kijkt dat de inschatting door de hulpverleners inderdaad een predictief karakter heeft ( $p = .00$ ;  $\phi = .21$ ).

Een aantal items die aangeven of de ex-patiënten de behandeling als nuttig hebben ervaren (zoals 'hebt u de behandeling als nuttig ervaren' en 'bent u door de behandeling weer tegen de meeste problemen opgewassen') vertoont wel een

significante samenhang met heropgenomen worden, maar van een relevant verband kan niet gesproken worden.

Tenslotte blijkt ook de manier waarop de APZ-behandeling wordt beëindigd informatie te verschaffen over de heropnamekans.

Niet het feit of de ex-patiënten de ontslagdatum mee hebben kunnen bepalen of het gegeven dat zij bij het ontslag stellen al dan niet in overleg met de hulpverlener de behandeling te hebben beëindigd, is voor de heropnamekans belangrijk. Wel valt te constateren dat juist de ex-patiënten die drie maanden na het ontslag stellen dat het achteraf toch geen juiste beslissing was om tegen het advies van de hulpverleners te vertrekken, binnen één jaar ( $p = .00$ ; Cr's  $V = .19$ ) of zelfs al binnen een half jaar ( $p = .00$ ; Cr's  $V = .16$ ) werden heropgenomen.

Het heeft ons geïntrigeerd dat blijkbaar het bestaan van een behandelplan geen predictieve kracht heeft ten aanzien van heropname. Om daaromtrent meer inzicht te krijgen hebben we deze indicator voor de aard van de behandeling gelijktijdig met een indicator voor de vrijwilligheid van de opname en de participatie van directe sociale relaties in de behandeling in één analyse ingevoerd ter verklaring van de heropname. Dan blijkt dat de combinatie van deze drie factoren gezamenlijk wel een verklaring geeft van de heropname maar niet één van deze drie, in het bijzonder bij constanthouding van de beide anderen. Daarom zijn we de percentuele verdeling nagegaan van de via deze vier factoren te construeren zestien cellen. Hieruit blijkt dat die ex-patiënten het minst worden heropgenomen van wie de hulpverlener de opname vrijwillig vond en bij wie directe relaties (volgens de ex-patiënt) niet bij de behandeling waren betrokken en bij wie (volgens de ex-patiënt) sprake was van een behandelplan. In de percentuele verdeling verschilt deze categorie echter niet van de categorie die zich alleen van de vorige onderscheidt voorzover er wel relaties bij de behandeling werden betrokken. Een plan is dus blijkbaar wel belangrijk bij de vrijwillig opgenomen ex-patiënten. Bij de onvrijwillig opgenomen ex-patiënten volgens deze gegevens echter alleen, wanneer ook sociale relaties bij de behandeling werden betrokken (bijlage 8.2).

### **8.5.2. Typen ex-patiënten, heropname en behandeling**

Uit het voorgaande valt niet direct af te leiden welke psychiatrische behandeling succesvol genoemd kan worden, dat wil zeggen welke behandelingsvariabelen de ex-patiëntsituatie zodanig beïnvloeden dat heropname binnen één jaar wordt voorkómen. Een dergelijke vraag is ook niet zo maar te beantwoorden. Op de eerste plaats dient te worden vastgesteld voor wie een behandeling succesvol zou kunnen zijn: behandelingsaspecten, die voor verslaafden van belang zijn, hoeven dat niet te zijn voor psychotici (Ten Horn 1982: 117); een behandeling voor iemand die voor het eerst is opgenomen kent andere accenten dan de behandeling voor iemand die al

eerder in een APZ verbleef en daardoor al enige ervaring daarmee heeft opgedaan (Rosenblatt en Mayer 1974). Vandaar dat we eerst een typologie hebben geconstrueerd met als basisvariabelen:

- a. diagnose (psychosen, neurosen, verslavingen);
- b. voor de eerste keer of reeds eerder in een APZ opgenomen zijn geweest;
- c. al dan niet heropgenomen binnen één jaar na het ontslag uit het APZ (succes-variabele).

Via deze constructie à la Lazarsfeld (1937: 119 e.v.) hebben we op theoretische wijze twaalf typen geformuleerd (overzicht 8.8).

We hebben vervolgens geprobeerd deze twaalf typen met behulp van een reeks variabelen, relevant voor de intramurale behandeling, nader te beschrijven om aldus de heropname te kunnen begrijpen (bijlage 8.3). Daartoe hebben we steeds de genoemde twaalf typen in verband gebracht met diverse variabelen.

Om de draad niet te verliezen werd steeds vooraf de 'heropname'-variabele geconfronteerd met iedere 'behandelings'-variabele. Bleek een significante samenhang te bestaan, dan werd verder gezocht in welke van de twaalf typen deze relatie met name bewerkstelligd werd. Bleek er geen samenhang te bestaan dan zijn we alsnog nagegaan of er binnen een bepaalde typologische groep aanmerkelijke ( $\geq 10\%$ ) verschillen waren ten aanzien van deze variabele.

Tenslotte besloten we om een aantal 'behandelings'items die zowel aan de ex-patiënt als aan 'hun' hulpverleners waren voorgelegd zodanig voor gebruik te prepareren dat daaruit de mate van consensus ten aanzien van dit specifieke behandelingsaspect duidelijk zou worden. Deze 'discrepantie-variabelen' betroffen het doel van de behandeling, het bestaan van een behandelplan, het betrekken van huisgenoten bij de behandeling en de behandelingsevaluatie door de ex-patiënt. Een reductie van de twaalf typen tot een beperkter aantal, zoals Lazarsfeld (1937: 127) dat voorstelt, werd in eerste instantie niet overwogen.

Er blijkt sprake te zijn van een relevante samenhang tussen de juridische (on)vrijwillige opname enerzijds en de diagnosecategorieën anderzijds (bijlage 8.4). Met name de psychotici die al eerder in een APZ waren opgenomen en de verslaafden die nog niet eerder waren opgenomen, blijken meer juridisch onvrijwillig opgenomen te zijn, terwijl de neurotici, of ze nu wel of niet eerder waren opgenomen, in overwegende mate juridisch vrijwillig werden opgenomen. Aan de vraag of de behandeling succesvol is dragen deze relaties echter niets bij, want de categorieën vertonen geen verschillen naar de heropnamevariabele.

Een nadere specificatie van het vrijwillige karakter van de opname werd gezocht in de vraag of de opname echt vrijwillig of onder druk tot stand kwam. Het verband tussen de verschillende typologische groepen en deze vraag blijkt relevant te zijn ( $p = .00$ ; Cr's  $V = .22$ ) in die zin, dat voor neurotici (of ze nu wel of niet eerder waren opgenomen) die stellen echt vrijwillig te zijn gekomen, de behandeling het meest succesvol is.



Overzicht 8.8 — Typen patiënten (in %)

wel heropname	al eerder opgenomen	psychosen	(55)
binnen 1 jaar	geweest		12
		neurosen	(99)
	(87)		22
	19	verslaving	(15)
(138)			3
30	nog niet eerder opgenomen geweest	psychosen	(92)
			20
		neurosen	(44)
	(50)		10
	11	verslaving	(12)
			3
geen heropname	al eerder opgenomen	psychosen	(24)
binnen 1 jaar	geweest		5
		neurosen	(25)
	(155)		55
	34	verslaving	(4)
(319)			1
70	nog niet eerder opgenomen geweest	psychosen	(52)
			11
		neurosen	(27)
	(165)		6
	36	verslaving	(8)
			2
totaal			(457)
			100

Niet succesvol blijkt de behandeling te zijn geweest voor ex-psychotici die al eerder in het APZ waren en 'onder druk' van de omgeving werden opgenomen. Het onderzoeksresultaat van Ten Horn, dat psychotici eerder worden heropgenomen dan andere ex-patiënten wordt door ons onderzoek alsnog ondersteund voorzover het gaat om een bepaald type psychotici namelijk met een psychiatrische voorgeschiedenis (Ten Horn 1982: 165).

- Resumerend:
- vrijwillig worden vooral opgenomen:
    - a. neurotici;
    - b. nog niet eerder opgenomen psychotici;
    - c. al eerder opgenomen verslaafden;
  - onvrijwillig worden vooral opgenomen:
    - a. al eerder opgenomen psychotici;
    - b. nog niet eerder opgenomen verslaafden;
  - succesvolle behandeling wordt vooral bij vrijwillig opgenomen neurotici gesignaleerd die niet onder druk waren opgenomen;
  - onsuccesvolle behandeling vooral bij onder druk opgenomen psychotici die al eerder in een APZ waren opgenomen.

Wat betreft de inhoudelijke aspecten van de intramurale behandeling zijn we nagegaan in hoeverre onze karakterisering van de behandeling vanuit de antwoorden op de open vragen meer licht werpt op de onderscheiden typen. We zijn dat nagegaan met de vraag of de behandeling vooral medisch was of niet, met de vraag of er vooral aan de patiënt zelf 'gewerkt' moest worden of aan diens sociale relaties, met de vraag of er (volgens patiënt en/of hulpverlener) een behandelplan bestaat en of men het daarmee eens was. Voor al deze indicatoren geldt dat zij niets bijdragen aan de vraag of de behandeling succesvol was. Er bestaan hooguit lichte aanwijzingen dat neurotici die al eerder waren opgenomen bij een dergelijk plan wel baat kunnen hebben en dat verslaafden die eerder waren opgenomen geen baat hebben bij een dergelijk plan. Van de andere patiënten kan met dezelfde relativering gezegd worden dat psychotici, die al eerder waren opgenomen, zeker geen baat hebben bij een plan waar ze het niet mee eens zijn (volgens henzelf en/of hun hulpverlener).

Een behandelaspect van een geheel ander karakter is de mate waarin sociale relaties in de behandeling worden betrokken. (We zagen reeds dat met name huisgenoten een belangrijke plaats innemen bij de preventie van heropname als ze bij de behandeling c.q. de nazorg worden betrokken.) Tweederde van de ex-patiënten maakte daar melding van.

Bestuderen we het betrekken van sociale relaties nu in verband met de 'geconstrueerde' ex-patiënten-typen dan is de directe omgeving vaak bij de behandeling betrokken van psychotici die reeds eerder waren opgenomen. Juist deze ex-patiënten werden niet binnen een jaar heropgenomen.

Opvallend is dat voor neurotici die nog niet eerder waren opgenomen, het ontbreken van deze ervaring sterk samenhangt met niet-succesvol functioneren na het ontslag in de zin van heropgenomen worden.

Inzake het betrekken van relaties bij de behandeling verschaffen de (intramurale) hulpverleners ons gegevens die sterk met de zojuist genoemde constatering overeenkomen.

Bestuderen we ook hier de verschillende 'typen' ex-patiënten dan kunnen we constateren dat het voor verslaafden (of ze nu wel of niet eerder al eens waren

opgenomen) voor hun functioneren na het ontslag niets uitmaakt of sociale relaties (volgens de hulpverleners) al dan niet bij hun behandeling werden betrokken. Iets dergelijks werd ook al uit de ex-patiëntgegevens afgeleid.

Bovendien (en ook dat is conform de ex-patiëntgegevens) blijkt dat het voor neurotici, die niet eerder waren opgenomen voor het succesvol functioneren na het ontslag wel nodig is dat (directe) sociale relaties in de behandeling worden betrokken.

Wanneer we de ex-patiënt-typen in verband brengen met de vraag, hoe de hulpverleners inschatten dat de ex-patiënt de behandeling heeft ervaren, blijkt dat relatief de minste heropnames zijn te signaleren bij de nog niet eerder opgenomen psychotici en bij de reeds eerder behandelde neurotici voor wie volgens de hulpverlener de behandeling (erg) nuttig was geweest.

Uitgebreidere aandacht hebben we besteed aan de evaluatie van de behandeling door de ex-patiënten zelf. De volgende items zijn met de geconstrueerde typen in verband gebracht.

- heeft U de behandeling als nuttig ervaren;
- heeft U nu het gevoel weer beter te zijn;
- acht U zich (sterk) verbeterd, onveranderd, (sterk) achteruitgegaan door de behandeling.

Juist bij de niet heropgenomen typen patiënten en bijna steeds bij de verslavingen zijn de (zeer) nuttige ervaringen te traceren, waarbij het al dan niet eerder opgenomen zijn geweest geen extra-informatie verschaft. Het minst succesvol is de categorie nooit eerder opgenomen neurosen die de behandeling als nutteloos beschouwen ( $p = .02$ ;  $Cr's V = .19$ ).

De verslaafden vinden we ook terug als succesvol behandeld in de categorie ex-patiënten die het gevoel hebben (volledig) beter te zijn. Daar vinden we ook de psychotici terug maar dan als niet succesvol behandeld (ongeacht een eerdere opname). Via het laatste item wordt de combinatie positieve behandelingsevaluatie, verslaving en succesvolle behandeling nog eens bevestigd.

Resumerend:

- Een behandelplan, waar de ex-patiënt het niet mee eens is, heeft met name voor psychotici die al eens eerder waren opgenomen geen enkele zin.
- Het betrekken van sociale relaties bij de behandeling is vooral succesvol bij psychotici die al eerder in een APZ waren opgenomen. Worden sociale relaties niet bij de handeling betrokken, dan betekent dat met name voor de neurotici die voor het eerst waren opgenomen een kans op heropname; voor deze categorie is het derhalve belangrijk dat het wel gebeurt.
- Bij de categorie voor het eerst opgenomen neurotici, die de behandeling als nutteloos beschouwen, komen relatief de meeste heropnames voor. Als psychotici de behandeling als nuttig beoordeelden, is dat geen garantie voor uiteindelijk succes; integendeel ook in deze categorie vinden we relatief veel heropnames. Als verslaafden zich na de behandeling (helemaal) beter voelen, geeft dat wel uitzicht op een succesvolle toekomst.

### 8.5.3. Nazorg

De verdere begeleiding van de ex-patiënt na het ontslag uit het APZ wordt, zoals we reeds zagen vooral door de psychiatrische polikliniek, de huisarts en de SPD verzorgd. Waar volgens de patiëntenadministratie een op de tien ex-patiënten na het ontslag geen nazorg zou krijgen, is de veronderstelling, dat geen nazorg krijgen betekent dat er volledige 'genezing' heeft plaatsgevonden en heropname dus op grond daarvan niet te verwachten zou zijn, niet plausibel.

Maar wat dan te denken van de 19 procent ex-patiënten voor wie (administratief) nazorg was voorzien en bij wie na drie maanden deze volgens henzelf (nog) niet had plaatsgevonden? Loopt deze categorie dan geen extra risico? Ten behoeve van een antwoord op deze vraag zijn we nagegaan wat er geworden is van die ex-patiënten bij wie de nazorg wel was geregeld maar niet had plaatsgevonden (overzicht 8.9).

*Overzicht 8.9. — Bij ontslag geregelde en na zes en twaalf maanden wel of niet gerealiseerde nazorg en heropname (in %)*

	heropname binnen 6 maanden	heropname binnen 1 jaar	niet heropge- genomen	totaal
niet geregeld en wel plaats- gevonden	0 (0)	0 (0)	3 (6)	2 (6)
niet geregeld en niet plaats- gevonden	3 (2)	2 (2)	3 (5)	2 (9)
wel geregeld, wel plaats- gevonden	75 (58)	78 (98)	77 (150)	77 (306)
wel geregeld en niet plaats- gevonden	22 (17)	20 (25)	17 (33)	19 (75)
totaal	100 (77)	100 (125)	100 (194)	100 (396)

Er is geen verband te constateren tussen deze nazorgsituatie en heropname. De zojuist signaleerde categorie heeft dus ook geen extra risico.

Uit het overzicht zou men kunnen afleiden dat nazorg die wel werd geregeld maar alsnog niet plaatsvond, niet van belang is voor het verdere functioneren van de ex-patiënt; evenzeer geldt echter dat zij die deze nazorg wel kregen, verhoudingsgewijs niet minder kans liepen heropgenomen te worden dan de reeds genoemde categorie. Het krijgen van nazorg lijkt derhalve niet zoveel met heropname te maken te hebben, een conclusie die ook al door Ten Horn na uitgebreide analyses werd getrokken (1982: 129, 164).

Als we nu alle min of meer zakelijke gegevens, die we over de nazorg hebben

verzameld bij de ex-patiënten en hun hulpverleners, op een rijtje zetten en deze één voor één in verband brengen met heropname, dan blijken die (verder) geen van alle de heropname te verduidelijken.

- Niet of er al dan niet nazorg geregeld is;
- niet of die ook daadwerkelijk heeft plaatsgevonden;
- niet of die door huisarts, polikliniek of SPD wordt gegeven;
- niet of de ex-patiënt het met die nazorg eens is;
- niet of de ex-patiënt volgens hemzelf en/of zijn hulpverlener uit die nazorg, bij de inhoud kon meebeslissen;
- niet of er een plan was;
- niet of meerdere instanties bij de nazorg werden betrokken;
- niet of de ex-patiënt bij het ontslag of later voor de nazorg gemotiveerd was;
- niet of de eerste afspraak door de ex-patiënt of door de nazorginstantie werd gemaakt;
- en ook niet of men de nazorg al dan niet nuttig heeft gevonden ofwel dat deze al dan niet aan de verwachting heeft voldaan.

Het enige gegeven dat met heropname wel verband houdt is:

- als er nazorg wordt gegeven, dan dient deze ter preventie van heropname minstens drie maanden ( $p = .00$ ; Cr's  $V = .19$ ) en liever nog zes maanden te duren ( $p = .00$ ; Cr's  $V = .27$ ).

Moeten we daaruit nu afleiden dat niet wat er inhoudelijk gebeurt, maar dat het ervaren van langdurige aandacht een preventief effect heeft op heropname? Aandacht die nog versterkt wordt door het betrekken van sociale relaties bij die nazorg? Is ook hier het feit, dat deze instantie ervoor is om iemands problemen serieus te nemen (waar ze naar je moeten luisteren), het belangrijkste en niet zozeer wat er met de cliënt gedaan wordt? Blijkbaar kennen de hulpverleners hun vak; dat wil zeggen: ze onderkennen de ernst en mogelijk ook de aard van de problematiek, maar blijkbaar kunnen ze niets oplossen. Dat zou ook kunnen worden afgeleid uit het gegeven dat de termijn die tussen ontslag en heropname verstrijkt niet verschilt naar de instantie die de nazorg doet: een heropname wordt daardoor niet uitgesteld of bespoedigd.

#### 8.5.4. Samenvatting

De behandeling wordt vaak gezien als de belangrijkste factor ter voorkoming van heropname. We hebben al eerder benadrukt, dat dit niet steeds en exclusief het enige doel van een psychiatrische behandeling hoeft te zijn: het bieden van een opvang voor mensen die worden uitgestoten, het ingaan op een bij voortdurend en steeds opnieuw gestelde hulpvraag, het bieden van begeleiding bij het omgaan met problemen zijn mogelijke andere doelen. 'Succesvol' behandelen dient dan ook gezien te worden in het licht van de psychiatrische voorgeschiedenis en de psychiatrische diagnoses als aanduiding van de opnameproblematiek.

Een eerste verkenning van een aantal behandelaspecten in relatie tot heropname geeft

aan dat noch het vrijwillige karakter van de opname noch het bestaan van een behandelplan, het kunnen meebeslissen in de behandeling of het zich voorbereid voelen op toekomstige problemen rechtstreeks met de heropname een samenhang vertonen. Wel blijkt het betrekken van directe sociale relaties zoals huisgenoten bij de behandeling preventief te zijn; dat geldt ook voor het betrekken van de huisgenoten bij de nazorg.

Ook met een reeks indicaties betreffende de vraag of de behandeling door de ex-patiënt positief of negatief is ervaren kan het verschijnsel heropname niet nader worden beschreven. Alleen de positieve inschatting door de hulpverleners dat de ex-patiënt door de behandeling tegen de meeste problemen na het ontslag wel opgewassen zal zijn, geeft een verminderde heropnamekans te zien. In het licht daarvan kan mogelijk ook gezien worden dat het ter voorkoming van heropname niet aan te raden is, tegen het advies van de hulpverlener in te vertrekken.

Het heeft ons geïntrigeerd dat de ex-patiënten die ervaringen hadden met een behandelplan niet significant minder werden heropgenomen dan de andere ex-patiënten. Ervan uitgaande dat voor de werking van zo'n plan een min of meer ideale situatie vereist is (vrijwillig opgenomen, participatie van sociale relaties bij de behandeling) hebben we deze gegevens in samenhang met elkaar geanalyseerd<sup>1</sup>. Dan blijkt een behandelplan voor vrijwillig opgenomen patiënten, wel van belang te zijn en met name niet van belang voor niet echt vrijwillig opgenomen patiënten wanneer niet ook directe sociale relaties bij de behandeling werden betrokken.

Ook op een andere wijze zijn we het belang van het bestaan van een behandelplan en het betrekken van sociale relaties bij de behandeling nagegaan voor een eventuele heropname. Via een typologieconstructie gebaseerd op diagnose en eerdere APZ-ervaring hebben we kunnen constateren dat een behandelplan voor reeds eerder opgenomen psychotici geen zin heeft als ze het daar niet mee eens zijn. Het belang van de medewerking van psychotici met een eerdere APZ-ervaring wordt nog eens benadrukt als we constateren dat als deze categorie onder druk wordt opgenomen de kans op een heropname significant groter is dan in het tegenovergestelde geval.

Ter verklaring van de heropname van neurotici, die nog niet eerder in een APZ verbleven, is de participatie door de sociale relaties in de behandeling in die zin belangrijk dat bij deze categorie heropname binnen een jaar minder voorkomt. Opmerkelijk is dat volgens onze gegevens deze participatie bij de behandeling ter voorkoming van de heropname van verslaafden geen factor van betekenis vormt.

Daar staat tegenover dat zij wel een succesvolle toekomst (in de zin van geen heropname binnen één jaar) tegemoet gaan als de behandeling naar hun eigen gevoelens effect heeft gehad, terwijl dit laatste voor de psychotici geen garantie is voor een succesvolle toekomst. Naar onze mening zeer opmerkelijk is het onderzoeksresultaat dat de heropname op geen enkele wijze in verband staat met de nazorg; niet of die geregeld is, niet of die wel heeft plaatsgevonden, niet of die ondanks de afspraak toch niet heeft plaatsgevonden, niet door wie die heeft plaatsgevonden en niet of de nazorg positief of negatief door de ex-patiënt is beoordeeld. Alleen de duur van de nazorg lijkt van belang te zijn. Ex-patiënten die na zes maanden nog niet

heropgenomen zijn, zijn gebaat bij een dan nog aanwezige nazorg willen ze niet alsnog binnen een jaar heropgenomen worden.

Ook via een multivariate analyse blijkt de ervaring van de ex-patiënt met een nazorgactiviteit voor de heropname niet van belang te zijn of er nu problemen zijn of niet.

## **8.6. Ex-patiënt-situatie, draagkracht, problematiek en heropname**

### **8.6.1. Ex-patiënt-situatie en draagkracht**

In deze paragraaf wordt de veronderstelling onderzocht of een situatie, waarin ex-patiënten mede op grond van het opgenomen zijn geweest in een APZ niet optimaal (kunnen) functioneren, de elementen voor een heropname in zich herbergt. Om een dergelijke situatie bij benadering te kunnen schetsen is het niet voldoende de problemen te inventariseren die ex-patiënten (en hun hulpverleners) signaleren in de periode volgend op het ontslag, de aandacht dient ook gericht te zijn op de problematiek die samenhangt met de opname en het verblijf in een APZ en die gevat kan worden onder het begrip stigmatisering. Of dergelijke problemen inderdaad het functioneren van ex-patiënten belemmeren, is uiteraard in grote mate afhankelijk van wat een ex-patiënt aan draagkracht bezit, en dat is van persoon tot persoon verschillend.

Daarom zullen we het heropnameverschijnsel eerst beschrijven aan de hand van de individuele draagkracht van de ex-patiënt.

De opname van de ex-patiënt in het APZ volgde op een periode van slecht functioneren. Is een ex-patiënt volgens hemzelf en/of zijn hulpverlener bij het ontslag in een betere conditie dan vóór de opname (wij kennen hem dan een bepaalde mate van draagkracht toe) dan is de veronderstelling dat zo iemand het buiten het APZ niet zal kunnen redden niet voor de hand liggend. De beoordeling van de ex-patiënt zelf over 'hoe hij zich voelt' in de maanden volgend op het ontslag, blijkt overigens geen predictor te zijn voor de heropname: zij die zich drie of zes maanden na het ontslag (niet zo) goed of (tamelijk) slecht voelen worden niet meer heropgenomen dan zij die zich (heel) goed voelen.

Wel een predictieve waarde moet worden toegekend aan de beoordeling van de professionele hulpverleners (overzicht 8.10).

Beoordelen de hulpverleners de toestand van de ex-patiënt als (tamelijk) slecht, dan worden met name deze ex-patiënten heropgenomen. Dit betreft met name de beoordeling door hulpverleners uit de nazorg. Gedeeltelijk wordt dit verklaard doordat hun cliënten blijkbaar nog steeds 'hulp behoeven' en daarmee 'riskanter' zijn. In de maanden volgend op het ontslag wordt ook pas duidelijk hoe de heropnamekans ligt van de ex-patiënten die nazorg krijgen. Een 'validering' van de draagkracht

*Overzicht 8.10. — Verband tussen de vraag op drie momenten aan de hulpverleners 'Hoe voelt uw cliënt zich?' en de heropname binnen een half jaar of binnen een jaar*

	Bij ontslag (n=515)	Na drie maanden (n=313)	Na zes maanden (n=212)
heropname binnen een half jaar	p = .03 phi = .10	p = .00 Cr's V = .15	
heropname binnen een jaar	p = .05 phi = .09	p = .00 Cr's V = .15	p = .00 Cr's V = .38

als 'predictor' van heropname vinden we in het gegeven dat juist ex-patiënten die volgens hun nazorghulpverleners drie maanden na het ontslag beter tegen problemen waren opgewassen dan voor de opname, in de daaropvolgende maanden minder werden heropgenomen dan de andere ex-patiënten ( $p = .00$ ;  $\phi = .21$ ). Een soortgelijke inschatting van de ex-patiënten zelf leverde hetzelfde verband op ( $p = .00$ ;  $\phi = .23$ ).

Hoe kunnen we de toestand van de ex-patiënt nu karakteriseren met gebruikmaking van de longitudinale gegevens? Nemen we als indicator de vraag aan de hulpverleners 'Acht u uw cliënt verbeterd of verslechterd?' dan blijkt (overzicht 8.11) dat voor meer dan de helft van de ex-patiënten het oordeel van hun hulpverleners steeds positief en voor drie procent steeds negatief is geweest. Voor een derde van de ex-patiënten keert de beoordeling zich in de zes maanden volgend op het ontslag ten nadele (overzicht 8.11).

*Overzicht 8.11. — Continuïteit in de beoordeling door de hulpverleners over de ex-patiënt-situatie (in %) op basis van de vraag 'Acht u uw cliënt verbeterd vergeleken met het opnamemoment c.q. met de laatste drie maanden?'*

voortdurend verbeterd	54 (114)
uiteindelijk verbeterd	11 (24)
uiteindelijk verslechterd	32 (68)
voortdurend verslechterd	3 (6)
<b>totaal</b>	<b>100 (212)</b>

Tussen de 'verslechterde' categorieën en de heropname bestaat een relevante samenhang ( $p = .01$ ;  $\text{Cr}' V = .17$ ).



Uit het voorgaande menen we te kunnen concluderen dat ex-patiënten die volgens bepaalde aanwijzingen minder 'draagkracht' hebben dan andere ex-patiënten een grotere kans hebben op heropname.

### 8.6.2. Algemene problemen en terugval

In eerste instantie werd gezocht naar een relatie tussen heropname en het al dan niet zijn voorbereid op problemen na het ontslag. Ook op dit punt signaleren we een sterke discrepantie tussen ontslagpatiënten en hun hulpverleners. Op de vraag: 'Werd u (deze patiënt) tijdens de behandeling voorbereid op eventuele problemen na het ontslag?' werd aldus geantwoord (overzicht 8.12).

*Overzicht 8.12. — Overeenstemming en discrepantie op het ontslagmoment tussen (intramurale) hulpverleners en ex-patiënten inzake de voorbereiding op problemen na het ontslag (in %)*

overeenstemming:	wel voorbereid	34 (176)
	niet voorbereid	11 (58)
discrepantie:	echt verschil van mening (ja vs. nee)	50 (264)
	onduidelijk verschil van mening (nee vs. weet niet)	4 (17)
totaal		100 (515)

In 50 procent van de gevallen blijkt een echt verschil van mening te bestaan; bij 40 procent ( $n = 209$ ) van deze gevallen werd de voorbereiding op problemen ontkend door de ex-patiënt, terwijl 'zijn' hulpverlener het tegenovergestelde beweerde. Toch hebben zij het niet over een andere materie zoals uit antwoorden op andere vragen bleek.

In verband gebracht met heropname, blijkt dat niet de gevallen waarin echt verschil van mening bestond relatief meer binnen een jaar worden heropgenomen, maar die waarbij zowel ex-patiënt als hulpverlener aangeven dat er geen voorbereiding had plaatsgevonden of waarbij een onduidelijk verschil van mening bestond ( $p = .00$ ; Cr's  $V = .15$ ).

De angstige c.q. bezorgde verwachting van ontslagpatiënten ten aanzien van mogelijke problemen in het gezin, op het werk, in de vrije tijd, in de buurt, vertoont geen verband met heropname. Wel blijkt dat een accumulatie van problemen van belang is: bij vier of meer probleemsignaleringen (terugval, etikettering, problemen in het algemeen) is een duidelijke toename van de heropnamekans te constateren ( $p = .00$ ; Cr's  $V = .27$ ).

Op het problematische van de ex-patiënt-situatie in relatie tot heropname hebben we geprobeerd verder greep te krijgen door onze aandacht te vestigen op de relatie tussen het mogelijk optreden van een specifiek probleem als terugval en het optreden van heropname.

Het blijkt dat zij die binnen drie maanden na het ontslag een terugval kregen, die ze zelf konden oplossen, minder binnen een half jaar werden heropgenomen ( $p = .04$ ;  $\phi = .15$ ) dan de anderen die dat niet zelf konden oplossen. Zeer opvallend is ook hier weer het predictievermogen van de hulpverleners (overzicht 8.13).

*Overzicht 8.13. — Verband tussen heropname binnen een half jaar of binnen een jaar en de vraag op drie momenten aan de hulpverleners 'Verwacht u dat uw cliënt een terugval krijgt?'*

	Terugval verwacht door de hulpverlener		
	Bij ontslag (n=515)	Na drie maanden (n=313)	Na zes maanden (n=212)
heropname binnen een half jaar	$p = .00$ $\phi = .15$	$p = .00$ $\phi = .27$	
heropname binnen een jaar	$p = .00$ $\phi = .15$	$p = .00$ $\phi = .35$	$p = .00$ $\phi = .24$

Reeds bij het ontslag betekent de voorspelling door de intramurale hulpverlener van een terugval een grotere heropnamekans. Uit het overzicht kan aan de hand van de  $\phi$  (als maat voor de sterkte van de samenhang) ook worden afgeleid dat de hulpverleners, die de nazorg doen, ten aanzien van een mogelijke heropname van hun cliënten een nog stilliger predictie kunnen afgeven.

Een mogelijke verklaring hiervoor is dezelfde als bij de beoordeling van de draagkracht van de ex-patiënt door de hulpverleners. Gezien de relatie tussen zowel de toestand van de ex-patiënt alsook de mogelijkheid van een terugval valt het overigens te betreuren dat een terugval die door de (ambulante) nazorg wordt onderkend, blijkbaar niet zodanig kan worden opgevangen c.q. worden begeleid dat heropname kan worden voorkomen. Een indruk die versterkt wordt door het gegeven dat de terugvalpredictie van ex-patiënten zes maanden na het ontslag een relatie vertoont met de heropname binnen een jaar. Mogelijk worden ze in de loop van de tijd wijzer of raken ze 'geprototopprofessionaliseerd'.

Het predictievermogen van de 'nazorg'-hulpverleners wordt nog eens onderstreept, als we constateren dat juist in de categorie ex-patiënten voor wie deze hulpverleners

een negatieve verandering verwachten in sociaal en/of psychisch functioneren, heropname vóórkomt (overzicht 8.14).

*Overzicht 8.14. — Verband tussen heropname binnen een half jaar of binnen een jaar en de vragen op het 2e en 3e meetmoment aan de nazorg 'Verwacht u een verandering in het sociale functioneren c.q. in het psychische functioneren van de ex-patiënt?'*

	Verwachting door de nazorg			
	Verandering in sociaal functioneren		Verandering in psychisch functioneren	
	3 maanden na ontslag (n=313)	6 maanden na ontslag (n=212)	3 maanden na ontslag (n=313)	6 maanden na ontslag (n=212)
heropname binnen één jaar	p = .00 Cr's V = .30	p = .07 Cr's V = .20	p = .00 Cr's V = .23	p = .10 Cr's V = .19

Met name de verwachting die drie maanden na het ontslag wordt geformuleerd, heeft een belangrijk predictief karakter.

### 8.6.3. Extra-handicap: stigmatisering

Bespraken we tot nu toe in deze subparagraaf (8.6) een aantal indicatoren die verwezen naar in algemene termen aangeduide problemen zoals terugval of (verwachte) verslechtering in sociaal en/of psychisch functioneren, in het nu volgende wordt aandacht besteed aan datgene dat we in de probleemstelling als de extra-handicap van ex-psychiatrische patiënten hebben betiteld. De inhoud van deze handicap wordt gevormd door het er op aangekeken en het anders behandeld worden (stigmatisering) omdat men in een APZ was opgenomen. Deze extra-problematiek (waarmee ex-patiënten van bijvoorbeeld een 'gewoon' ziekenhuis niet worden geconfronteerd) wordt met name in de sociologische literatuur vaak gezien als een van de (mede-)oorzaken van heropname.

Om deze relatie te kunnen onderzoeken hebben we niet alleen geanalyseerd of en in hoeverre er een verband bestaat tussen 'het erop aangekeken worden dat men in zo'n gekkenhuis heeft gezeten' en het binnen een jaar heropgenomen worden, maar ook gebruik gemaakt van een geconstrueerde indicator waarvan de inhoud niet alleen uit de zojuist genoemde items bestond maar bovendien uit een viertal indicatoren die aangeven of sociale relaties de ex-patiënt anders (in de negatieve zin) zijn gaan benaderen.

Om niet alleen een momentopname te krijgen maar ook een longitudinale bewerking mogelijk te maken, hebben we de respondenten die aan alle drie de gegevensverzamelingen hebben geparticipeerd ( $n = 352$ ) naar typen ingedeeld en deze indeling vervolgens in verband gebracht met het al dan niet binnen een jaar heropgenomen zijn (overzicht 8.15).

*Overzicht 8.15. — Relatie op basis van etikettering en stigmatisering geconstrueerde ex-patiënten-groepen met heropname (in %)*

		heropname		totaal
Type		nee	ja	
1	ervaringen met stigmatisering en met etikettering	11 (25)	15 (13)	12 (138)
2.	ervaring met stigmatisering maar niet met etikettering	8 (19)	29 (25)	14 (44)
3	geen ervaring met stigmatisering maar wel met etikettering	14 (32)	12 (10)	13 (42)
4	geen ervaring met stigmatisering en ook niet met etikettering	67 (158)	44 (38)	61 (169)
totaal		73 (234)	27 (86)	100 (320)

$p = .00$  Cr's  $V = .29$

Uit het overzicht blijkt het volgende:

- de mensen in categorie 2 zijn oververtegenwoordigd in de groep ex-patiënten die heropgenomen is;
- dat is eveneens het geval voor de mensen in categorie 1;
- relevant lijkt ons, dat de mensen in categorie 4 (die geen verslechtering van de relaties hebben gekend en zich niet geëtiketteerd gevoeld hebben) oververtegenwoordigd zijn in de categorie die niet heropgenomen is.

Tussen etikettering/stigmatisering en heropname bestaat derhalve een duidelijk verband.

Voor nadere analyses via ECTA ten aanzien van het problematische van de ex-patiënt-situatie in relatie tot de heropname hebben we in één model bijeen gebracht:

- of de ex-patiënt na zijn ontslag problemen heeft gehad in de algemene zin;
- of de ex-patiënt een terugval heeft gehad in de eerste zes maanden na het ontslag;
- of de ex-patiënt etikettering en/of stigmatisering heeft ervaren.

Voeren we deze analyse uit op basis van de ervaringen van de ex-patiënt en met bovengenoemde drie factoren, dan blijkt dat onder constanthouding van de etiketteringservaring, door de combinatie van probleemervaring en terugvalervaring tesamen heropname wordt bevorderd.

Dat wil zeggen dat onder degenen die problemen hebben ervaren na het ontslag er geen relatie bestaat tussen terugval en heropname ( $Q = .05$ ), maar dat daarentegen bij de mensen die geen problemen van algemene aard na het ontslag hebben gehad, de terugval sterk samenhangt met heropname ( $Q = .69$ ).

De stigmatiseringservaring zelf heeft steeds een relatie met heropname (ongeacht de vraag of de ex-patiënt problemen of een terugval heeft ervaren) in de zin dat door ervaren etikettering heropname wordt bevorderd ( $Q = .39$ ).

Wordt een terugval door de hulpverlener al bij het ontslag verwacht dan hangt dit eveneens samen met heropname ( $Q = .40$ ), los van het gegeven of problemen c.q. etikettering door de ex-patiënt al dan niet worden ervaren. Ook hier blijkt de hulpverlenerspredictie voor heropname van belang te zijn.

#### **8.6.4. Bevordert stigmatisering heropname?**

Gezien het feit dat onze belangstelling vooral uitgaat naar de invloed van (de etikettering en) stigmatisering op de heropname willen we deze factor nog nader onderzoeken in combinatie met andere factoren.

Eigenlijk zou hiervoor een causale analyse gedaan moeten worden. Daarvoor zouden echter alle factoren in samenhang met elkaar inzake hun invloed op heropname onderzocht moeten worden.

Omdat een dergelijke causale analyse niet mogelijk is, gezien het te kleine onderzoekscohort, moeten we daarvan afzien en moeten we volstaan met het uitvoeren van een beperkt aantal factoren in de analyse. Dit in de verwachting dat de stigmatisering blijvend van invloed zal zijn op de heropname, ook onder constant-houding van die factoren.

De keuze voor dit beperkte aantal factoren is tot stand gekomen op basis van theoretische overwegingen en op basis van de bevindingen die we hieraan voorafgaande beschreven hebben.

Mogelijk ten overvloede wijzen we erop dat stigmatisering als onderzoeksgegeven is samengesteld uit een aantal indicatoren (cfr. hfdst. 6) die reeds op de ervaringen van de ex-patiënt betrekking hebben.

De eerste theoretische overweging was dat de invloed van de stigmatiseringservaring op heropname zou kunnen variëren naar de aard van de diagnose: psychotisch gedrag zou duidelijker waarneembaar zijn voor de sociale omgeving.

Dat blijkt inderdaad het geval te zijn: bij de psychotici blijkt de invloed van deze stigmatiseringservaring het sterkst ( $Q = .65$ ); onder de neurotici is deze aanzienlijk geringer ( $Q = .14$ ).

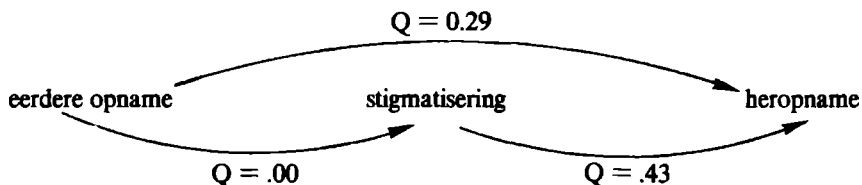
De diagnose zelf heeft geen samenhang met heropname (overzicht 8.16).

De tweede overweging was dat mensen die voor het eerst worden opgenomen niet zo sterk onder stigmatisering te lijden zouden hebben dat ze daardoor een kans liepen heropgenomen te worden dan zij die reeds eerder in een APZ waren opgenomen. Uit de analyse blijkt niet, dat de invloed van stigmatisering inderdaad varieert naar het al dan niet eerder opgenomen zijn geweest. Welke voorgeschiedenis op dit punt ook, de samenhang tussen stigmatiseringservaring en heropname is voortdurend constant en redelijk sterk ( $Q = .43$ ).

Overzicht 8.16. — *Samenhang tussen stigmatisering, diagnose en heropname (in %)*

	diagnose			
	psychose		neurose	
	wel etiket	geen etiket	wel etiket	geen etiket
wel heropname	49	17	26	21
geen heropname	51	83	74	79
totaal	100 (47)	100 (95)	100 (54)	100 (73)
	$Q = 65$		$Q = 14$	

Het al dan niet eerder opgenomen zijn geweest heeft ook een redelijk zelfstandig effect ongeacht de stigmatiseringservaring ( $Q = .29$ ).



De derde theoretische overweging was dat de samenhang tussen stigmatisering en heropname zou variëren naar de mate waarin de ex-patiënt er bij het ontslag volgens de hulpverlener goed aan toe is: voelt hij zich goed dan zal stigmatiseringservaring minder belastend en daarmee minder bevorderend zijn voor de heropname. Ook deze overweging wordt door de analysesresultaten niet ondersteund. Welke beoordeling ook door de hulpverlener inzake de toestand van de ex-patiënt wordt

gegeven, de samenhang tussen stigmatisering en heropname blijft ongewijzigd en redelijk sterk ( $Q = .41$ ).

Tenslotte hebben we ook nog een tweetal analyses uitgevoerd waarbij het gegeven is betrokken of volgens de ex-patiënt de nazorg wel of niet bij hem heeft plaatsgevonden. Naast onze reeds gememoreerde belangstelling voor stigmatisering heeft het ons geïntrigeerd dat de nazorg van zo geringe betekenis lijkt te zijn ter voorkoming van heropname.

Inzake de invloed van de nazorg is onze eerste theoretische overweging dat de samenhang tussen stigmatisering en heropname zal variëren naar het al of niet ervaren hebben van nazorg.

Uit de analyse blijkt ook hier weer de geringe betekenis van de daadwerkelijk ervaren nazorg: op de samenhang tussen stigmatisering en heropname is de invloed van nazorg niet van belang terwijl stigmatisering zelf wel van invloed is op heropname ( $Q = .42$ ) (overzicht 8.17).

*Overzicht 8.17*

	Nazorg			
	wel		niet	
	wel etiket	geen etiket	wel etiket	geen etiket
wel heropname	37	19	37	19
geen heropname	63	81	63	81
totaal	100 (91)	100 (147)	100 (92)	100 (22)
	$Q = 43$		$Q = 43$	

Op grond van de overweging dat het ervaren van nazorg zou kunnen variëren naar het gegeven of iemand voor het eerst of reeds eerder was opgenomen, hebben we het bovenstaande (interactieve) model met dit laatste gegeven uitgebreid. Ook dan blijkt de nazorg voor geen van de dan ontstane categorieën met betrekking tot heropname verschillen op te leveren en ook dan blijft de stigmatiseringsfactor constant en sterk aanwezig ( $Q = .45$ ).

Een nagenoeg identieke conclusie is te trekken als we naast het ervaren van nazorg en van de stigmatisering door de ex-patiënt ook de beoordeling van de patiënt-toestand door zijn hulpverlener in de analyse betrekken. Ongeacht het negatieve of positieve karakter van deze beoordeling, blijft de samenhang tussen stigmatisering en heropname constant en redelijk sterk ( $Q = .43$ ).

### 8.6.5. Samenvatting

We gingen ervan uit dat de toestand waarin de ex-patiënt zich bij het ontslag bevindt een indicatie kan zijn voor een mogelijke heropname. Zoals reeds in eerdere hoofdstukken kon worden geconstateerd blijkt de inschatting van de ex-patiënt minder predictief te zijn dan die van zijn hulpverlener. Ook hier is dat weer het geval. 'Hoe de ex-patiënt zich zelf voelt' heeft geen en 'hoe hij zich voelt volgens zijn hulpverlener' heeft wel een relatie met heropname. Via een longitudinale benadering konden we bovendien een continuïteit in deze beoordeling door de hulpverlener(s) vaststellen. Meer dan de helft van de ex-patiënten blijkt volgens hun hulpverleners in de zes maanden volgend op het ontslag positief vooruit te zijn gegaan, terwijl ruim éénderde ondanks een goede start na die tijd uiteindelijk toch niet is verbeterd. Als heropname een indicatie is voor het gegeven dat het met een ex-psychiatrische patiënt niet goed gaat dan is het met bijna de helft van het startcohort na het ontslag niet goed gegaan, waar 18% van dit startcohort tussen drie en zes maanden al heropgenomen was. Dat heropname een indicatie is voor het feit dat het niet goed gaat, zou kunnen worden afgeleid uit het gegeven dat juist de categorie ex-patiënten met wie het uiteindelijk toch niet goed is gegaan voor een heropname binnen een jaar in aanmerking komt. Blijkbaar leidt geringere draagkracht inderdaad tot heropname. Aan het problematische van de ex-patiënt-situatie hebben we op twee manieren aandacht besteed. We hebben zowel aan de algemene als aan de specifieke problematiek aandacht besteed. Allereerst dient vermelding dat in de helft van de gevallen ex-patiënten op het ontslagmoment van mening zijn dat ze niet waren voorbereid op problemen, terwijl hun hulpverleners zeggen dat dit wel het geval was. Met deze discrepantie is overigens geen predictie voor de heropname afgegeven. Het al dan niet krijgen van een terugval hebben we samen met de etiketteringservaring onder de specifieke problemen gerangschikt van het ex-patiënt-zijn. Ten aanzien van de terugval hebben zowel de ex-patiënten als hun hulpverleners een bepaalde toekomstverwachting geformuleerd.

Zoals gezien het voorafgaande verwacht blijkt ook hier de terugvalverwachting van de ex-patiënt niet en die van de hulpverlener wel een predictie voor de heropname in te houden; dat geldt vooral voor de terugvalverwachting van de hulpverleners in de nazorg. Begrijpelijk waar zij het actuele gedrag onder ogen hebben. Toch blijft het opmerkelijk dat deze 'begeleiders' blijkbaar niet in staat zijn deze terugval en daarmee een heropname te verhinderen. Dit temeer waar ook hun verwachting ten aanzien van het slechtere functioneren van hun cliënt in de toekomst met de heropname samenhangt.

Ten aanzien van etikettering en stigmatisering, blijkt dat de stigmatiseringsvariabele inderdaad een zeer predictief karakter heeft voor heropname.

Om dit resultaat te bereiken hebben we een viertal types van ex-patiënten geconstrueerd op basis van een reeks items die etikettering en/of stigmatisering op grond van het verblijf in een APZ bevatten; deze typen hebben we vervolgens niet succes gevalideerd.



Zoals door het betrekken bij behandeling en nazorg van sociale relaties heropname vertraagd of vermeden wordt, zo wordt die bespoedigd of (mede) veroorzaakt door een negatieve houding van de sociale omgeving.

Om de invloed van deze variabele nader te analyseren hebben we deze in een aantal combinaties met andere variabelen beproefd op basis van theoretische redeneringen. Steeds blijkt dat deze variabele in welke omstandigheden dan ook 'stand houdt'; dat wil zeggen in de interactie met andere variabelen heropname blijft prediceren. Op basis van deze loglineaire analyses wordt de causaliteit die Scheff in zijn negende hypothese (hoofdstuk 1) formuleerde ten aanzien van etikettering als 'oorzakelijke' variabele een aannemelijk gegeven.

## 8.7. Samenvatting over heropname

Eén jaar na het ontslag blijkt een derde van ons ontslagcohort opnieuw te zijn opgenomen; sommigen van hen meerdere malen en twee op de vijf heropnames had al in de eerste drie maanden na het ontslag plaats.

Een kwart van de heropnames was niet door de ex-patiënt bij zijn ontslag verwacht. Terwijl de verwachting van de hulpverleners inzake het optreden van een heropname als predictor kan worden gezien, is een kwart van de heropnames ook voor hen onverwacht en dat geldt voor alle ex-patiënten of ze nu voor het eerst of niet voor het eerst werden opgenomen.

Uit dit onderzoek kan niet de conclusie getrokken worden als zou de heropname variëren naar afzonderlijke demografische kenmerken als geslacht, opleiding of leeftijd en ook niet naar deze kenmerken in samenhang met elkaar. Dat is wel het geval voor de werksituatie: vooral bij hen die werk hadden voor de opname en dat (al dan niet verwacht) niet terugkrijgen komen heropnames relatief vaker voor. Dat geldt ook voor de aard van de opnamediagnose en voor de duur van de intramurale behandeling. Alleen bij de ex-patiënten met een eerdere APZ-ervaring is er sprake van een hoger heropnamecijfer en dat ongeacht de diagnose en de duur van de behandeling. De reeds eerder vermelde conclusie van Rosenblatt en Mayer (1974) wordt hiermee gesteund.

Een positief ingestelde omgeving heeft een zekere preventieve invloed op heropname; dat geldt ook voor de controle door de huisgenoten op bij het ontslag gemaakte afspraken. Dit laatste blijkt zelfs de belangrijkste preventieve factor te zijn. Verder blijkt dat naarmate de ex-patiënt meer maatschappelijk weerbaar is, vrienden kan maken of zich bezig kan houden, de kans op een heropname afneemt.

Het psychiatrisch behandelen wordt door ons en door het publiek gezien als zeer belangrijk voor de voorkóming van heropname.

Een groot aantal behandelingsindicatoren hebben we daarom ook met de heropname in verband gebracht.

Met heropname blijkt niet samen te hangen:

- het onvrijwillige karakter van de heropname of dat nu op juridische wijze is geïndiceerd of door het gegeven dat de patiënt het met de opname eens was;
- de intramurale behandeling: niet het bestaan van een behandelplan, niet een positieve evaluatie door de ex-patiënt, niet of het accent meer of minder op medicijnen lag. Alleen op basis van een positieve inschatting van de hulpverlener inzake het opgewassen zijn tegen problemen is een verminderde heropnamekans te voorspellen;
- de extramurale nazorg: niet of die geregeld is, niet of die heeft plaatsgevonden, niet door wie die gegeven wordt en niet of die niet heeft plaatsgevonden ondanks het feit dat deze wel bij het ontslag was geregeld. Het enige preventieve aspect van de nazorg lijkt te zijn of ze langer dan drie of zes maanden duurt: hoe langer deze duurt, hoe beter.

Welke ex-patiënten hebben dan de beste kansen niet te worden heropgenomen?

Na een uitvoerige analyse blijken dat te zijn:

- de vrijwillige opgenomen personen met als diagnose neurose;
- personen bij wie huisgenoten en/of familie bij de behandeling (konden) worden betrokken. Opmerkelijk is dat de patiënt-gegevens en de hulpverlenersgegevens elkaar op dit punt ondersteunen.

Een vraag inzake de behandeling heeft ons bijzonder bezig gehouden: is een behandelplan nu werkelijk van geen belang voor de heropname? Dat blijkt wel van belang te zijn voor vrijwillig opgenomen patiënten; zijn patiënten niet vrijwillig opgenomen dan dienen minstens ook huisgenoten en/of familieleden bij de behandeling betrokken te zijn geweest.

Heeft ook de persoon van de ex-patiënt invloed op het al dan niet heropgenomen worden? Dat wil zeggen is de conditie waarin hij verkeert, hoe hij zich voelt, daarop van invloed?

De zelfbeoordeling van de ex-patiënt blijkt geen goede predictor te zijn voor de beoordeling door de nazorg wel een goede predictor is. Verder blijkt ook dat een goede start niet garant staat voor goed functioneren: acht de hulpverlener de toestand van de ex-patiënt ondanks een goed begin toch weer minder geworden, dan is een heropname meer voor de hand liggend dan bij een slechte start.

Heeft het problematische van de ex-patiënt-situatie invloed op de heropname? Duidelijk is uit zowel de antwoorden van de ex-patiënten als van hun hulpverleners dat het niet voorbereid zijn op problemen, die zich na het ontslag voordoen, risico's met zich meebrengt.

Specifiek voor het ex-patiënt-zijn hebben wij genoemd het optreden van een terugval in de periode volgend op het ontslag. Zoals reeds eerder geconstateerd werd, is ook hier de toekomstverwachting van de hulpverlener belangrijk: een terugval door hen verwacht, wordt relatief vaak gevolgd door een heropname binnen één jaar. Dat is met name het geval als de hulpverlener uit de nazorg deze terugval verwacht. Blijkbaar kunnen ook zij echter niet veel doen aan het feit dat deze beide zaken in elkaars verlengde liggen.

Als extra-problematiek voor patiënten die uit een APZ worden ontslagen hebben we het gevaar van etikettering en stigmatisering genoemd. Van deze beide samen hebben we één variabele geconstrueerd: de inhoud daarvan bestaat uit de ervaring van de ex-patiënt met etikettering en met het feit dat huisgenoten en/of familie en/of vrienden, kennissen hem op grond van zijn verblijf in het APZ anders (in de negatieve zin) zijn gaan behandelen.

Deze variabele blijkt steeds en onder een reeks van condities sterk met heropname samen te hangen. Ongeacht de diagnose, ongeacht eerdere APZ-ervaring, ongeacht hoe de ex-patiënt zich volgens de hulpverlener voelt, ongeacht de aanwezigheid van nazorg, steeds blijkt de ervaren etikettering en stigmatisering de kans op een heropname te vergroten.



## **Inleiding**

Dit laatste deel van het onderzoeksverslag bevat zowel een samenvatting van de onderzoeksresultaten (Hoofdstuk 9) alsook een aantal suggesties die uit deze resultaten kunnen worden afgeleid voor het beleid op het terrein van de geestelijke gezondheidszorg (Hoofdstuk 10).

In de samenvatting wordt niet alleen op de onderzoeksresultaten de aandacht gevestigd; daaraan voorafgaand wordt in het kort een aantal onderzoeksonderdelen belicht zoals de vraagstelling, enkele kernbegrippen en de onderzoeksmethode.

Voor de indeling van de samenvatting volgen we in grote lijnen de volgorde van de voorafgaande hoofdstukken waarbij we steeds in eerste instantie informatie verschaffen over de onderzoekselementen die indertijd onze nieuwsgierigheid hebben gewekt en op grond waarvan deze in de vraagstelling werden opgenomen. Bovendien zullen we op een aantal van deze elementen verder ingaan via een aantal met de persoon van de ex-patiënt verbonden kenmerken. In de samenvatting van de gegevens die betrekking hebben op de heropname zal de nadruk vallen op de predictie van deze heropname en op de relatieve predictiekracht van enkele relevante indicatoren.

Voor de indeling van de beleidssuggesties hebben we de nota-GGZ (1984) als uitgangspunt gekozen; een aantal elementen daaruit kan namelijk met behulp van onze onderzoeksgegevens van commentaar worden voorzien.



## **9.1 Aanleiding, kernbegrippen en vraagstelling van het onderzoek**

Ten aanzien van mensen die voor kortere of langere tijd in een Algemeen Psychiatrisch Ziekenhuis (APZ) verblijven, lijkt in de publieke opinie de opvatting te bestaan dat hoewel deze mensen uit het APZ werden ontslagen, ze niet 'beter' zijn; dat wil zeggen ex-psychiatrische patiënten zijn niet helemaal psychisch gezond en vormen daarom een riskante sociale categorie. Daarmee worden ex-patiënten voor de keus gesteld ofwel aan hogere eisen (door de samenleving gesteld) te beantwoorden, willen ze voor de volle honderd procent weer als normaal meetellen, ofwel aan lagere eisen te beantwoorden (variis modis conform de rechten en de plichten van de chronische 'zieke') en dan kunnen ze als 'ex-gek' meetellen. De eisen om als volledig normaal te worden geaccepteerd worden hoger naarmate iemand na het ontslag uit een APZ meerdere malen wordt heropgenomen; daarmee wordt ook de druk groter om de nieuwe identiteit als 'ex-gek' maar te accepteren. Het is uit dit oogpunt van belang heropname in een APZ zoveel mogelijk te voorkomen. De vraag op basis waarvan een heropname tot stand komt staat in dit onderzoek centraal. Om een aantal mogelijke antwoorden op deze vraag te kunnen formuleren is gebruik gemaakt van de sociologische invalshoek waarin de negatieve reactie van de sociale omgeving op het psychiatrisch-patiënt-zijn (in de zin van opgenomen worden in een APZ) centraal staat en die met de etiketteringsvisie wordt bestudeerd en geanalyseerd. Deze reactie is voor Goffman (1968: 117) zelfs het hoofdbestanddeel van wat hij de 'career of the mental patient' heeft genoemd. Wij hebben deze reactie de extra-handicap van de ex-psychiatrische patiënt genoemd.

Extra-handicap omdat we veronderstellen dat zowel bij de ex-psychiatrische patiënt als persoon alsook bij de materiële en/of relationele situatie waarin hij vóór de opname verkeerde een zekere dosis 'gewone' problematiek aanwijsbaar zal zijn.

De vraagstelling van het onderzoek luidt globaal:

Wat ervaren psychiatrische patiënten na hun ontslag uit een APZ:

- met welke problemen worden ze geconfronteerd;
- welke hulp krijgen zij daarbij;
- zijn er factoren die een heropname voorkómen;
- wat uit de 'pré'- en de 'in-patiënt'-fase is van belang voor het inzicht in de 'ex-patiënt'-fase en in de achtergronden van een mogelijke heropname.

Kortom de vraagstelling richt zich op iedere conditie die ertoe leidt dat een ex-patient opnieuw in een APZ wordt opgenomen

Naast de informatieve functie die een dergelijk onderzoek heeft worden mogelijk ook factoren ontdekt die een predictieve relatie vertonen met heropname

Om een zo goed mogelijk inzicht te kunnen krijgen in hetgeen zich in de periode na het ontslag uit een APZ aan problematiek en hulpverlening voordoet, is gekozen voor een longitudinaal onderzoek met vier gegevensverzamelingsmomenten (interviews met ex-patienten bij het ontslag, drie en zes maanden na het ontslag en een heropnameregistratie bij dezelfde ex-patienten één jaar na het ontslag) Tevens deed zich daarbij de mogelijkheid voor een nieuwe onderzoeksvariabele te construeren te weten 'niet uitgekomen verwachtingen' c q 'gefrustreerde verwachtingen' door bij het ontslag uitgesproken verwachtingen van ex-patienten te confronteren met de daarbij behorende feitelijke ervaringen in de maanden volgend op het ontslag Deze frustratie leek ons een bijzonder aspekt van de ex-patient-situatie

Omdat de informatie van de ex-patient zelf over hun eigen situatie niet voldoende leek ten behoeve van het inzicht dat werd nagestreefd, werden ook de hulpverleners die door deze ex-patienten werden gekenschetst als 'het beste op de hoogte van hun situatie' over een groot aantal identieke onderwerpen driemaal geïnterviewd In tegenstelling tot de categorie ondervraagde ex-patienten bestond in de categorie ondervraagde hulpverleners (door het overgaan van de ex-patient van de intramurale zorg naar de extra-murale zorg) nagenoeg geen continuïteit

Door het beschikbaar komen van twee informatiebronnen over een aantal identieke onderwerpen ontstond de mogelijkheid ook hier een nieuwe variabele te construeren te weten 'ex-patient-hulpverlener-discrepantie' door de door de ex-patient gegeven informatie en de door diens hulpverlener gegeven informatie over hetzelfde onderwerp met elkaar te vergelijken Deze discrepantie c q deze overeenstemming leek ons met name belangrijk voor het inzicht in de patient-hulpverlener-relatie

Door de longitudinale opzet en het interviewen van zowel ex-patienten als hun hulpverleners werd het bovendien mogelijk na te gaan in hoeverre de verwachtingen van de ex-patienten bij het ontslag geformuleerd, meer dan die van de hulpverleners met de feitelijke overeenstemden

## **9.2 Organisatie, steekproef en verloop van het onderzoek**

Jaarlijks verblijven er in Nederland ongeveer 36 000 mensen voor enige tijd in een APZ, bijna de helft verblijft er langer dan één jaar Van de ongeveer 20 000 psychiatrische patienten die per jaar uit een APZ worden ontslagen keert 95 procent terug naar de 'normale' samenleving

Het vermoeden bestaat dat een aantal van hen na verloop van tijd opnieuw in een APZ wordt opgenomen op grond van een te ernstige draaglast in relatie tot de beschikbare draagkracht

Van zeven APZ-en werden alle patienten die nog geen 65 jaar oud waren en op een bepaald moment met ontslag gingen benaderd voor medewerking aan het onderzoek



De helft daarvan hebben we daartoe bereid gevonden en aldus kwam uiteindelijk een start-cohort van 517 psychiatrische patiënten tot stand die met ontslag gingen naar de 'normale' samenleving. Bovendien werd met toestemming van deze individuele ex-patiënt en op zijn indicatie ook een hulpverlener benaderd om medewerking. Aldus werden uiteindelijk ook 515 interviews afgenomen met intramurale hulpverleners die volgens de ex-patiënten 'het beste op de hoogte waren van hun situatie'. Door factoren als heropname, weigering tot verdere deelname en andere uitvalfactoren zoals verhuizing en overlijden verminderde het aantal interviews met de 517 ex-patiënten met ruim 30 procent tot 352, zes maanden na het eerste interview. De interviews met 'hun' hulpverleners verminderden in dezelfde periode met 50 procent van 515 tot 212; dit vooral omdat bijna 30% van de 352 ondervraagde ex-patiënten op dat moment geen nazorg (meer) krijgt en dus ook geen hulpverlener voor een gesprek kon aanwijzen.

Vergelijking tussen de geïnterviewde patiënten bij het ontslag, het start-cohort en de potentiële onderzoeksgroep van de zeven APZ-en alsook de vergelijking tussen het start-cohort en de landelijke onderzoekspopulatie op een reeks demografische en klinische kenmerken levert op, dat het start-cohort een goede afspiegeling is van beide onderzoekspopulaties. Alles wat in deze studie over de ondervraagde ex-patiënten wordt gezegd is generaliseerbaar voor alle ontslagpatiënten uit de zeven APZ-en, omdat iedere patiënt die daaruit met ontslag ging een gelijke kans had deel uit te maken van de steekproef. Ondanks het gegeven dat de zeven APZ-en niet a-select gekozen konden worden, vermoeden we dat de resultaten van deze studie toch een hoge mate van geldigheid bezitten voor de landelijke ontslagpopulatie op grond van de frappant hoge gelijkenis van de onderzochte ontslaggroep met de landelijke ontslagpopulatie.

### **9.3 Kenmerken van de participerende APZ-en en van de geïnterviewde patiënten en hun hulpverleners**

Zoals de meeste psychiatrische ziekenhuizen in Nederland hebben ook de meeste van de zeven participerende APZ-en van oudsher een relatie met confessionele groeperingen. Vaak maken ze ook deel uit van landelijke overkoepelende stichtingen of verenigingen met een (algemeen) christelijke grondslag. Bovendien streven de APZ-en naar meer samenwerking en afstemming van taken. Ontlenen de APZ-en hun algemene doelstellingen veelal aan deze christelijke grondslag, hun feitelijke functioneren is gebonden aan een aantal normen en voorwaarden, willen ze aanspraak maken op financiering uit algemene middelen via de ziekenfondsen en via de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten (AWBZ). Dat deze financiering niet gering is, moge blijken uit het feit dat dit voor de 40 APZ-en in 1979 meer dan 1400 miljoen gulden bedroeg, waarvan de zeven ziekenhuizen 260 miljoen voor hun rekening namen.

Gaan we verder in op de doelstellingen van de APZ-en, dan zijn daaraan

verschillende aspecten te onderscheiden. Het APZ heeft altijd als functie gehad mensen uit de samenleving te asyleren om daarmee zowel de samenleving tegen deze mensen te beschermen alsook om deze mensen in bescherming te nemen tegen de samenleving. Gaandeweg is het APZ naast de zojuist genoemde asyl-functie meer als haar taak gaan zien, het 'behandelen' van patienten. En dat betekent niet alleen het verlenen van psychiatrische hulp maar ook het bieden van leefruimte. In alle zeven APZ-en bestaat dan ook grote aandacht voor goed wonen als voorwaarde voor een goede behandeling. Aan een goede behandeling stellen zij bovendien als voorwaarden multidisciplinair in team-verband werken en waar mogelijk de groep, het sociaal milieu waartoe de patient behoort, bij de behandeling betrekken. Alle zeven APZ-en nemen a-select op, dat wil zeggen slechts om zeer bijzondere redenen kan een opname geweigerd worden, bijvoorbeeld omdat er dan een onaanvaardbare belasting ontstaat voor patienten en personeel. Zijn patienten (juridisch) vrijwillig opgenomen dan kunnen zij uit het APZ vertrekken wanneer ze dat willen. Dat wil niet zeggen dat dat ook gebeurt, als het behandelteam het daarmee niet eens is, kan de patient toch (indirect) onder druk worden gezet om te blijven.

Naast deze gemeenschappelijkheid inzake algemene doelstellingen en functioneringswijzen, zijn er ook verschillen tussen de zeven participerende APZ-en.

Zo varieerde in 1979 hun verpleegprijs per dag van f 191,-- tot f 150,-- (landelijk gemiddelde f 178,--), hun salariskosten varieerden in 1979 van f 100,-- tot f 74,-- per dag (landelijk gemiddelde f 88,--).

Wat betreft hun omvang varieerden de zeven APZ-en in 1979 van ongeveer 400 tot 900 behandelplaatsen (landelijk van ongeveer 250 tot ongeveer 1200).

Ook de 'doorstroomcijfers' verschillen per APZ. Daaraan mag echter geen enkele conclusie ten aanzien van de behandeling en het ontslagbeleid worden verbonden. Een APZ met weinig (langverblijvende) chronische patienten heeft jaarlijks een hoger doorstroomcijfer dan een APZ met veel (langverblijvende) chronische patienten.

Kenmerkend voor de zeven APZ-en is derhalve dat, hoewel ze onderling wel verschillen onder andere in behandelplaatsen, verpleegprijs en doorstroomcijfers, ze soortgelijke doelstellingen, functioneringswijzen en taakopvattingen bezitten. Het gaat steeds om een poging de menselijke essentie zo goed mogelijk tot ontplooiing te laten komen, waarbij sociale relaties onmisbaar worden geacht maar ook materiele zaken als wonen en zinvolle tijdsbesteding.

Van de ondervraagde ex-patienten blijkt twee derde een lagere of voortgezet lagere opleiding te hebben gehad, blijkt 37 procent ouder dan 45 jaar en zijn er evenveel vrouwen als mannen, 28 procent is wettelijk arbeidsongeschikt, meer dan de helft is niet (meer) gehuwd. Slechts 5 procent komt uit een hoger sociaal milieu. Zoals we al zagen, komt het start-cohort op een groot aantal kenmerken overeen met de landelijke onderzoekspopulatie.

Wat betreft de opnameproblematiek kan worden geconstateerd, dat het merendeel

van de ex-patiënten deze bij zichzelf localiseert (61%), hoewel als aanleiding tot de opname ook relatieproblemen relatief vaak (23%) worden genoemd. Naar diagnose blijkt, dat ongeveer de helft tot de psychosecategorie behoort, twee op de vijf patiënten de diagnose neurose heeft en een op de tien met de diagnose verslaving in het APZ verbleef. Psychose en verslaving blijken ‘mannendiagnoses’ te zijn en neurose een ‘vrouwen-diagnose’.

Betreffende de ondervraagde hulpverleners kunnen we het volgende constateren: zijn de hulpverleners die bij het ontslag werden geïnterviewd over ‘hun’ ontslagpatiënten allemaal verbonden aan het APZ, drie en zes maanden na het ontslag blijkt nog 50 procent van de ondervraagde hulpverleners uit de nazorg (via de polikliniek) aan het APZ verbonden te zijn. Bij het ontslag zijn vooral (hoofd)verpleegkundigen door de ontslagpatiënten als informant genoemd en in veel geringere mate de andere disciplines. Gezien hun informatieve rol is een nadere specificatie in de steekproef van de hulpverleners niet noodzakelijk.

#### **9.4 De préfase en de opname**

Het tweede deel van het onderzoeksverslag is volledig gewijd aan de empirische benadering van de carrière van de ex-psychiatrische patiënt. We hebben daarin naast de drie door Goffman (1961) onderscheiden fasen een vierde fase onderscheiden namelijk de heropname of ‘re-patiëntfase’. De kern van dit empirisch onderzoek is in deze vierde fase gelegen en in de derde fase (de ex-patiënt-fase) die door Goffman nauwelijks wordt besproken.

In de inleiding van het eerste deel van deze studie hebben we betoogd, dat het ex-psychiatrisch-patiënt-zijn naar onze mening niet begrepen kan worden, geïsoleerd van de fasen die daaraan voorafgaan. Daarom zullen we aan deze twee fasen eerst aandacht besteden.

Ten aanzien van de de pré-patiëntfase kunnen we twee constatering doen.

Allereerst blijkt twee derde van de ex-patiënten reeds eerder vragen om hulp te hebben gedeponereerd bij allerlei hulpverleningsinstanties. De belangrijkste plaats wordt hierbij niet door de SPD ingenomen, maar door de (in de regio) aanwezige PAAZ.

Op de tweede plaats blijkt voor meer dan de helft van de ex-patiënten, dat de in dit onderzoek bestudeerde opname voorafgegaan is door een eerdere APZ- (of PUK-)ervaring.

Een groot deel van de ex-patiënten heeft dus niet alleen de drempel naar de GGZ reeds een keer genomen maar ook de drempel van een psychiatrische opname. Het is niet juist te veronderstellen dat eerdere extramurale hulpverlening rechtstreeks tot een APZ-behandeling leidt; slechts bij één van de drie ex-patiënten had deze hulpverlening plaats in de periode van één jaar vóór de opname. Wel kan worden geconstateerd dat waar een zo groot percentage reeds eerder op professionele GGZ-

hulp een beroep deed, opname in het APZ als een soort laatste hulpverleningsstation fungeert.

De relatief geringe rol van SPD en andere RIAGG-instanties in de voorgeschiedenis van de ex-patiënt wordt nog eens onderstreept, als we kijken naar de instantie waardoor iemand naar het APZ werd verwezen: met nog geen 10% spelen zij een zeer geringe rol. Het is met name de huisarts die voor de verwijzing naar een APZ zorg draagt: bijna de helft van de opnames komt via zijn verwijzing tot stand. Zou het kunnen zijn dat de SPD de patiënt beweegt om naar de huisarts te gaan voor verdere verwijzing of hulp? Participeren de patiënten op actieve wijze in het beslissen tot een opname? Waar slechts één op de zes ex-patiënten andere vormen van de behandeling heeft overwogen, lijken de onderzoeksresultaten het antwoord schuldig te blijven.

Een steeds terugkerend moment in de publieke opinie ten aanzien van de opname in een APZ is de vraag of en hoe vrijwillig mensen in een psychiatrisch ziekenhuis worden behandeld. Het beeld dat in de publieke opinie bestaat over 'gekke huizen' als inrichtingen met getraliede vensters met daarin opgesloten patiënten, draagt ongetwijfeld bij aan het publieke vermoeden dat je niet vrijwillig opgenomen wordt of blijft. De empirische gegevens zijn daarin wat ontvullend en geven aanleiding tot relativeringen. Volgens de gegevens is in ieder geval ongeveer driekwart van de opnames juridisch vrijwillig; dat betekent dat iemand eenmaal opgenomen, formeel ook kan vertrekken wanneer hij dat wenst.

Bestuderen we andere indicatoren inzake de vrijwilligheid van de opname, dan blijkt dat bijna twee derde van de ex-patiënten volgens 'hun' hulpverleners onder druk van de sociale omgeving werd opgenomen. Daar staat tegenover dat drie kwart van de ex-patiënten achteraf stelt het met de opname wel eens te zijn geweest. Vooruitlopend op een evaluatieve indruk van de behandeling, kan nu reeds worden vermeld dat bijna twee derde van hen die niet om de opname hadden gevraagd het achteraf wel met die opname eens was. Blijkt het nut van het opgenomen zijn pas tijdens de behandeling?

Een constatering die in het hele onderzoeksverslag steeds weer opnieuw gemaakt kan worden is de discrepantie tussen ex-patiënten en hun hulpverleners.

Ook hier is dat het geval: in meer dan een derde van de gevallen is er sprake van verschil van opvatting inzake het vrijwillige karakter van de opname.

Bovengenoemde constatering heeft geleid tot het construeren van een (betrouwbare) vrijwilligheidsschaal op basis van een viertal indicatoren. Op basis van de somfrequentie-verdelingen van deze schaal kan bijna de helft van de opnames vrijwillig worden genoemd.

We memoreerden reeds de invloed van de sociale omgeving op de opname. Ook in het vervolg van dit onderzoeksverslag zal blijken, dat sociale relaties voor de onderscheiden fasen van de patiënt-carrière een belangrijke rol vervullen. De rol van deze relaties wordt duidelijker als we constateren dat volgens meer dan de helft van de ex-patiënten (niet-professionele) anderen bij hun opname een rol van betekenis hebben gespeeld. Dat blijken vooral huisgenoten en familieleden geweest te zijn. Hun

betekenis voor de opname kan zelfs zodanig zijn dat deze relaties een eerdere opname hebben geprefereerd; volgens een derde van de ex-patiënten was dat het geval. De veronderstelling dat professionele instanties huisgenoten en familieleden inschakelen om een opname te bewerkstelligen of juist te voorkomen behoeft nader onderzoek. Bestuderen we bovenstaande gegevens in het licht van een aantal demografische gegevens dan blijkt dat met name zij die (nog) niet afhankelijk zijn van een uitkering nog niet eerder in een APZ waren opgenomen.

Nog niet eerder opgenomen patiënten vind je daarom vooral in de categorie patiënten die vóór de opname in het arbeidsproces participeerden.

Vanuit de gezinssituatie worden vooral huisvrouwen met lagere opleiding opgenomen; de alleen wonende (ex-patiënten) hebben relatief vaak een middelbare of hogere opleiding.

Wat betreft het vrijwillige karakter van de opname blijkt dat met name mannen juridisch onvrijwillig worden opgenomen en dat juist bij gehuwden de opname onder druk van de sociale omgeving tot stand komt. Bovendien blijkt dat met name de patiënten met de diagnose psychose juridisch meer onvrijwillig worden opgenomen.

## **9.5 De patiëntfase: behandeling, ontslagvoorbereiding en ontslag**

Behandelen en behandeld worden in een APZ is nauw verbonden met de tweeledige functie van het APZ:

- a. het bieden van een verblijfsmogelijkheid aan c.q. het verplegen en resocialiseren van psychisch gestoorde mensen;
- b. het systematisch verlenen van hulp ter (her)vinning van het oude dan wel het (ver)nieuw(d)e evenwicht.

Het is denkbaar dat deze twee functies met elkaar in conflict komen. In de behandeling ontstaat er derhalve een beslissingsmoment waarbij gekozen wordt voor ofwel verder behandelen in de richting van een zo snel mogelijk ontslag ofwel waar dit niet mogelijk lijkt in de richting van een zo goed mogelijk verblijf. Van dit laatste is naar ons idee sprake als na ongeveer twee jaar de kans op ontslag gering is geworden. In dit onderzoek zal een dergelijk conflict zich niet of nauwelijks kunnen manifesteren omdat slechts 5% van de ex-patiënten langer dan twee jaar was opgenomen. Het overgrote deel was tussen de twee en zes maanden (37%) of tussen de zes maanden en twee jaar (27%) opgenomen. Een op de drie ex-patiënten was korter dan drie maanden in het APZ. Deze duur varieert overigens niet met de aard van de diagnose, wel met het al dan niet al eens eerder opgenomen zijn geweest. De voor het eerst opgenomen ex-patiënten zijn oververtegenwoordigd bij de ex-patiënten die tussen de 9 en 12 maanden in het APZ werden behandeld.

Inzake de behandeling hebben we onze aandacht vooral gericht op aspecten die een voorbereiding inhouden op de situatie volgend op het ontslag. Het systematische van deze voorbereiding kan neergelegd zijn in een behandelplan; het resultaat ervan kan worden bepaald door de wijze waarop de ex-patiënt daarin participeert c.q. daarin meebeslist.

Het al dan niet aanwezig zijn van een behandelplan naar de idee van de ex-patienten c q naar de idee van hun hulpverleners verschilt aanmerkelijk Slechts in een op de drie gevallen zijn patient en hulpverlener beiden over het bestaan van zo'n plan het met elkaar eens De hulpverleners zelf maken in bijna alle gevallen (88%) melding van het bestaan van een behandelplan, voor twee derde van de ex-patienten was het blijkbaar geen hanteerbaar gegeven Dit laatste geldt dan met name die ex-patienten die nog geen twee maanden in het APZ verbleven Voorzover een idee daaromtrent wel bij een aantal ex-patienten bestond, ging één op de drie van hen met zo'n plan niet (volledig) accoord Eén van de conclusies hieruit is in ieder geval dat de hulpverlener niet heeft verduidelijkt of heeft kunnen verduidelijken dat er van een behandelplan wel sprake is

Dit betekent overigens niet dat patienten naar hun eigen idee niet voldoende zouden kunnen meebeslissen in de behandeling, of dat het doel van de behandeling niet duidelijk zou zijn Integendeel slechts een klein deel (15%) stelt nooit te hebben kunnen meebeslissen in de behandeling (dat zijn dan met name ex-patienten ouder dan 45 jaar), een groter deel daarentegen (34%) kon ons geen informatie geven over het doel van hun behandeling Het doel van de behandeling blijkt overigens inderdaad een voorbereiding op de situatie na het ontslag in te houden bij driekwart van de hulpverleners blijkt deze voorbereiding een centrale plaats in te nemen, de (ex-) patienten achten het doel veelal bereikt, als ze bij zichzelf 'orde op zaken' hebben gesteld

Het toekomstige functioneren als behandeldeel wordt door de hulpverleners met name voor de middelbaar en hoger opgeleide ex-patienten aangegeven Een therapie die daarbij aansluit, namelijk psychotherapie blijkt overwegend voor dezelfde categorie ex-patienten bestemd te zijn

Dat medicijnen een zeer belangrijke rol spelen in de intramurale behandeling blijkt wel uit het feit dat bijna steeds (88%) het innemen van medicijnen deel uitmaakt van de behandeling Dat het overigens niet alleen om medicijnen gaat blijkt wel uit het feit dat medicijnen bijna steeds in combinatie met andere therapievormen worden gebruikt

Overigens verschillen de therapieën tussen mannen en vrouwen bij vrouwen (en met name bij de huisvrouwen) is vaker sprake van assertiviteitstherapie en relationele therapie, bij hun behandeling worden relatief ook vaker partners en familieleden betrokken Het belang van het betrekken van sociale relaties bij de behandeling wordt de laatste decennia meer en meer onderkend, die relaties moeten dan wel bestaan Beschouwen we het bezoek krijgen in het APZ als indicator voor het bestaan van dergelijke relaties, dan zou voor nagenoeg iedere ex-patient (91%) die mogelijkheid hebben bestaan Het gebeurde in de helft van de gevallen (en dan vooral bij neurotici) en had volgens nagenoeg alle ex-patienten ook resultaat Waarom gebeurde het niet? Bijna steeds omdat ofwel de ex-patient dat zelf niet wilde, ofwel omdat de betreffende sociale relaties het niet aandurften

Opmerkelijk is dat bij de ongehuwde ex-patienten sociale relaties geruime tijd later worden ingeschakeld dan bij de gehuwde ex-patienten

Het gezamenlijk behandelen van de ex-patiënt samen met zijn directe sociale relaties blijkt uit onze gegevens vooralsnog niet of nauwelijks (7%) plaats te vinden; het gaat bijna steeds over informatie-uitwisseling over de ex-patiënt.

In de massamedia wordt regelmatig aandacht besteed aan klachten van mensen inzake hun behandeling in een APZ. Daardoor ontstaat het beeld alsof psychiatrische patiënten die de behandeling positief beoordelen tot de uitzonderingen behoren.

Welnu uit onze onderzoeksgegevens blijkt dat een zeer hoog percentage (85%) op het ontslagmoment de psychiatrische behandeling positief beoordeelt. Aangezien in de zes maanden volgend op het ontslag ongeveer twintig procent zijn aanvankelijke positieve mening wijzigt in een negatieve mening, kunnen we stellen dat deze beoordeling bij het ontslag gekleurd is door dat moment. Blijft staan dat tweederde van de ex-patiënten constant positief blijft oordelen over de psychiatrische behandeling. Zowel hun intramurale als hun extramurale hulpverleners delen dit oordeel.

Een negatieve beoordeling wordt overigens overal door de ex-patiënten jonger dan 30 jaar afgegeven. Juist deze categorie was echter ook het minst gemotiveerd voor de behandeling.

Een positieve beoordeling wordt vooral gegeven door ex-patiënten die langer dan zes maanden in het APZ werden behandeld. Deze categorie was echter ook het meest gemotiveerd voor de behandeling.

Met het vertrek uit het APZ wordt met de intramurale behandeling gestopt.

Bijna steeds gebeurt dat in gemeenschappelijk overleg hoewel dat niet betekent dat de behandeling ook steeds 'af' was: één op de acht ex-patiënten zegt dat dat niet het geval was. Met name de neurotici signaleren dat. Het betekent ook niet dat bij iedereen dan het gevoel aanwezig is dat men weer beter is of tegen allerlei problemen weer is opgewassen: ook hier zegt één op de acht ex-patiënten dat dit niet zo is en ook hier zijn dat met name de neurotici (en het zijn niet dezelfde als de daarvoor genoemde een op de acht).

Als ex-patiënten bij het ontslag het gevoel hebben weer beter te zijn, worden ze in die opvatting veelal gesteund door hun hulpverleners hoewel dat niet inhoudt dat hun niveau van psycho-sociaal functioneren dan ook volgens deze hulpverleners goed genoemd kan worden: dat is slechts bij de helft het geval.

Ex-patiënten kunnen er best goed aan toe zijn, zonder een hoog niveau van psychosociaal functioneren (dat is met name het geval bij de ex-patiënten jonger dan 30 jaar). Voor dit functioneren zijn bijna alle ex-patiënten weer aangewezen op hun vroegere (woon)situatie. Slechts enkelen gaan bij hun ouders weg of verlaten hun gezin om alleen te gaan wonen; dat geldt met name ex-patiënten die langer dan zes maanden in het APZ waren.

Toch is de situatie, die de ex-patiënt na zijn ontslag aantreft, essentieel anders dan zijn situatie voor de opname. Niet alleen is hijzelf veranderd; ook zijn sociale omgeving en zijn materiële situatie zijn veranderd, waardoor problemen kunnen ontstaan. Volgens

80% van de hulpverleners worden hun ex-patiënten daarop voorbereid (volgens de helft van hen zelfs specifiek op etikettering door de samenleving); de ex-patiënten zelf delen die opvatting echter in de helft van de gevallen niet. Veelal hadden ze het ook niet gewild omdat ze dat zinloos vonden en 'problemen toch niet te voorspellen zijn'. Om de ex-patiënten te helpen aan deze nieuwe situatie het hoofd te bieden, wordt er met hen een aantal afspraken gemaakt; deze afspraken hebben in driekwart van de gevallen betrekking op het blijven gebruiken van medicijnen en bij driekwart van de gevallen op verdere begeleiding of controle. Veelal worden huisgenoten gevraagd er op toe te zien dat de ex-patiënten deze afspraken ook nakomen (dat geldt dan met name psychotici en reeds meermalen opgenomen ex-patiënten).

Gegevens zes maanden na het ontslag laten zien dat nagenoeg alle ex-patiënten naar hun eigen mening deze afspraken ook nagekomen zijn. Mogelijk komt dit ook doordat bijna alle hulpverleners uit de nazorg stellen zich met deze afspraken accoord te verklaren. Het belang van deze afspraken wordt door de ex-patiënten wel onderkend, waar bijna alle ex-patiënten stellen dat ze tegen de meeste problemen wel opgewassen zullen zijn als ze zich aan de afspraken houden. Ruim een kwart van de ex-patiënten denkt daar volgens hun hulpverleners echter te optimistisch over.

Waar voor 93% van de ex-patiënten nazorg is geregeld, kunnen bijna alle ex-patiënten rekenen op steun bij mogelijke problemen. Naast deze toegezegde steun blijft evenwel hun eigen weerbaarheid de belangrijkste basis voor verder functioneren. Volgens een door ons geconstrueerde schaal voor maatschappelijke weerbaarheid kan een kwart van de ex-patiënten op basis van de overeenstemming tussen ex-patiënten en hun hulpverleners inderdaad weerbaar worden genoemd en ruim een derde niet. Over het resterende deel zijn de meningen tussen beide partijen verdeeld. (Ex-)patiënten zonder een eerdere APZ-ervaring worden vaker weerbaar genoemd dan de andere ex-patiënten.

Nagenoeg alle ex-patiënten voelen zich bij het ontslag (sterk) verbeterd, vergeleken met de opnametoestand; een op de vijf vindt dat zelfs, terwijl ze toch vinden dat ze evenveel of zelfs meer problemen hebben dan op het opnamemoment.

Globaal denken we dat gezien de positieve toekomstvisie van zowel ex-patiënten als hulpverleners, gezien de positieve evaluatie, gezien het feit dat afspraken niet alleen worden gemaakt maar ook (al dan niet gecontroleerd of begeleid) worden nagekomen, gezien ook de toegezegde nazorg en de aanwezige mate van weerbaarheid die de ex-patiënten zichzelf toekennen, de toekomst van een groot deel van de ex-patiënten met optimisme tegemoet kan worden gezien.

## **9.6 De ex-patiëntfase: problematiek en oplossingsmogelijkheden**

Het ex-patiënt-zijn speelt zich voor nagenoeg alle ex-patiënten 'thuis' af: nagenoeg iedereen gaat terug naar zijn eigen gezin, drie kwart gaat terug naar zijn ouders; ook zij



die voor de opname alleen woonden keren na het ontslag ook nagenoeg allemaal weer naar deze situatie terug.

Dat betekent dat een groot aantal sociale relaties van de opname in het APZ (kunnen) afweten; dat was bij twee op de drie ook het geval en bij één op de vijf ex-patiënten waren er zelfs meer relaties op de hoogte dan hij verwacht had. Met betrekking tot de aard van het contact met deze sociale relaties zijn er weinig tegenvallers te bespeuren: zowel positieve als negatieve verwachtingen worden bewaarheid. Zijn er teleurstellingen, dan geldt dat vooral het contact met vrienden en kennissen. Niet iedere ex-patiënt werd met open armen ontvangen: een op de tien ex-patiënten meldt dat hun huisgenoten of familieleden vonden dat ze te vroeg waren ontslagen. Voor veel mensen is de werksituatie een bron van sociale contacten. Na het ontslag blijkt één op de vier zijn werk kwijt te zijn en één op de vijf ander werk te hebben dan vóór de opname. Was vijftien procent voor de opname in de WAO, zes maanden na het ontslag was dat percentage bijna verdubbeld; bijna de helft van hen voelde zich echter niet arbeidsongeschikt.

Opmerkelijk is dat één op de tien ex-patiënten zes maanden na het ontslag wel werk had, hoewel die dat vóór de opname niet had.

Voor twee categorieën verandert er met betrekking tot de werksituatie derhalve niet zoveel:

- ruim een kwart had zowel vóór de opname als zes maanden na het ontslag werk en vaak ook hetzelfde werk. In deze categorie vinden we vooral mannelijke ex-patiënten, ex-patiënten in de leeftijd tussen 30 en 45 jaar en ex-patiënten die tussen twee en zes maanden in het APZ verbleven;
- bijna de helft (41%) had zowel voor de opname als zes maanden na het ontslag geen werk. In deze categorie vinden we vooral vrouwelijke ex-patiënten, personen ouder dan 45 jaar, ex-patiënten die korter dan twee maanden opgenomen waren.

Voor twee categorieën verandert er wezenlijk iets:

- bijna een kwart had vóór de opname wel werk en zes maanden na het ontslag niet meer. In deze categorie vinden we vooral mannelijke ex-patiënten, personen met een hogere opleiding, ex-patiënten die nog niet eerder waren opgenomen en ex-patiënten die korter dan twee maanden waren opgenomen. Met een kort verblijf in het APZ blijkt de werkmogelijkheid toch niet behouden te kunnen worden;
- één op de tien had vóór de opname geen werk en zes maanden na het ontslag wel. In deze categorie vinden we vooral vrouwelijke patiënten; personen met een middelbare opleiding; ex-patiënten die al eerder waren opgenomen geweest en ex-patiënten die langer dan zes maanden waren opgenomen.

Is het ex-patiënt-zijn nu ook problematisch te noemen? Het optimisme van de ex-patiënten blijkt niet bewaarheid te worden, het 'realisme' van hun hulpverleners daarentegen veel meer, hoewel ook zij zich regelmatig vergist hebben. De eerste vraag is: wordt ieder ontslag nu ook gevolgd door problemen? Volgens meer dan de helft van de ex-patiënten is dat de eerste weken na het ontslag in ieder geval niet het geval geweest. In de tijd die daarna komt krijgen echter meer ex-patiënten problemen.

De psychotici melden relatief de minste problemen in de periode na het ontslag. De problemen deden zich vooral voor in de gezinssituatie en bij het vullen van de vrije tijd en daar werden ze zowel door de ex-patienten als hun hulpverleners ook verwacht.

Problemen in de werksituatie deden zich veel minder voor dan verwacht.

De tweede vraag is of ex-patienten die geen problemen hebben gehad in de algemene zin zoals juist omschreven, dan misschien andere meer specifieke problemen hebben gehad? Om die vraag te beantwoorden zijn we eerst nagegaan in hoeverre ex-patienten ervaren hebben dat ze vanwege hun verblijf in het APZ gestigmatiseerd werden. Op basis van de schaal die we daarvoor hebben ontwikkeld kunnen we vaststellen dat een op de acht ex-patienten zich sterk gestigmatiseerd voelde in de periode na het ontslag.

Vervolgens zijn we nagegaan of ex-patienten in de periode na het ontslag een terugval hebben ervaren. Door de ex-patienten werd deze in veel mindere mate verwacht dan door hun hulpverleners, 40% van de ex-patienten werd in hun optimistische verwachting omtrent deze terugval teleurgesteld. Ook bij één op de vijf hulpverleners kwam de positieve verwachting niet uit, daar staat tegenover dat ook bij één op de vijf hulpverleners de pessimistische verwachting niet naar de ervaring van hun ex-patienten werd bewaarheid. Toch bezit hun verwachting (statistisch) een predictief karakter (en dat geldt met name de AGGZ-hulpverleners in de nazorg).

Sommeren we de bovengenoemde gegevens inzake algemene probleemervaring, stigmatisering en terugval, dan blijkt dat meer dan tweederde van de ex-patienten in de eerste drie maanden na het ontslag met een van deze problemen te maken heeft gehad.

Overigens blijkt dat de specifieke problematiek van stigmatisering en terugval vooral door (minimaal) middelbaar opgeleide ex-patienten wordt gesignaleerd.

Dat is ook het geval voor de neurotici. Opmerkelijk is dat psychotici een terugval verwacht hadden die naar hun ervaring zich niet na het ontslag heeft voorgedaan (meeval) en dat de neurotici ermee werden geconfronteerd, terwijl zij die niet hadden verwacht (deceptie). Juist bij deze categorie hebben de hulpverleners ook de meeste vergissingen begaan, bij de psychotici bleek hun prognose inzake de terugval meestal juist te zijn.

Op basis van de gegevens op het ontslagmoment verzameld, meenden we optimistisch gestemd te mogen zijn inzake de toekomst van de ex-patienten. Op basis van de vergelijking tussen deze (ontslag-)gegevens en de gegevens in de maanden na het ontslag verzameld, blijkt dit optimisme niet onterecht te zijn. Drie kwart van de ex-patienten geeft aan dat ze naar hun eigen idee sinds het ontslagmoment vooruit gegaan zijn. In deze opvatting worden ze gesteund door hun hulpverleners uit de nazorg.

Met een op de twaalf ex-patienten ging het op het ontslagmoment wel goed maar in de maanden daarop volgend uiteindelijk toch slechter. Dat geldt met name de neurotici.

Bij minimaal één op de drie ex-patienten is sprake van een voortdurende verbetering.

in de maanden volgend op het ontslag. Dat geldt met name de psychotici. Zij die korter dan twee maanden in het APZ verbleven vormen op basis van een aantal gegevens inzake hun functioneren na het ontslag een risico-categorie

- zij voelen zich niet voorbereid op de situatie na het ontslag,
- hun toestand bij het ontslag wordt door hun hulpverleners vaak slecht genoemd,
- zij worden op een aantal facetten in hun toekomstverwachtingen teleurgesteld

## **9.7 Begeleiding volgend op het verblijf in een APZ**

Voor nagenoeg iedere ex-patient (93%) die met ontslag ging was een of andere vorm van nazorg geregeld volgens de administratieve gegevens van het APZ. Dit gegeven wordt ondersteund door de verklaringen van de (intramurale) hulpverleners. Van deze regeling is 86% van de ex-patienten bij het ontslag op de hoogte en zij noemen dan gemiddeld twee instanties die deze nazorg op zich zouden nemen. Na drie maanden stelt 21% van de ex-patienten dat deze nazorgregeling niet klopt c.q. de nazorg niet gegeven is. Wat in ieder geval niet klopt is, dat elf procent van de hulpverleners ook stelt dat hoewel zij deze nazorg doen, die niet vanuit het APZ was geregeld. Bij een aantal ex-patienten (7%) komt het toegezegde contact ook pas na zes maanden tot stand.

Wie dient die nazorg te doen? Volgens de administratie van het APZ zijn dat vooral de psychiatrische polikliniek (32%), de huisarts (21%) en de SPD (20%). Opgemerkt dient te worden, dat de huisarts daarbij een centrale positie inneemt als coördinator in de gezondheidszorg. Is er geen specifieke nazorginstantie met de nazorg belast, dan zal de huisarts die op de een of andere manier voor zijn rekening moeten nemen. Ex-patienten, die door de psychiatrische polikliniek of door de SPD naar het APZ worden verwezen, komen relatief meer dan verwacht bij deze instanties terug voor nazorg. Deze instanties blijken hun cliënten nauwelijks naar elkaar te verwijzen. Wist dit op het nagenoeg identiek zijn van deze instanties inzake doelgroep, aanpak en mogelijkheden? Toch is er in diagnose wel verschil: met name de psychotici krijgen nazorg van de psychiatrische polikliniek en de neurotici van de SPD en de huisarts. De huisarts die daadwerkelijk iets aan nazorg doet op het ontslagmoment (22%, n = 110) geeft aan geen enkele ex-patient na drie maanden nog nazorg, van zijn cliënten krijgt één op de tien dan nazorg van de SPD, een op de zeven krijgt nazorg van de polikliniek van het APZ. Een op de vijf was ondertussen heropgenomen, bij de polikliniek was dat één op de zes, bij de SPD een op de vijftien (de verschillen tussen polikliniek en SPD worden voor een groot deel verklaard uit het ziektebeeld van hun cliëntencategorie). Na zes maanden was dat voor de polikliniek één op de vier en voor de SPD één op zes ex-patienten.

Na zes maanden is voor 60% van de ex-patienten de nazorg afgelopen en daarmee heeft dan drie op de vier ex-patienten geen nazorg (meer).

In het voorafgaande hebben we de indruk gewekt alsof het ontslag wel degelijk gevolgd wordt door de een of andere vorm van nazorg. Volgens het onderzoek van

Ten Horn (1982) zou dat slechts bij de helft van de ex-patiënten het geval zijn. Onze gegevens lijken op een ander resultaat te wijzen. Het verschil moet voor een belangrijk deel geweten worden aan de definitie van nazorg. Ten Horn's resultaten betreffen de *psychiatrische nazorg*, dat wil zeggen zonder huisarts, algemeen maatschappelijk werk, reclassering en (secundaire) dagbehandeling. Die zijn door ons wel als nazorg-instanties beschouwd. Volgen we de definitie van Ten Horn zo nauwkeurig mogelijk dan zou volgens de administratieve gegevens van ons onderzoek voor 33% van de ex-patiënten geen nazorg geregeld zijn. Dat percentage komt redelijk goed overeen zowel met de hulpverleners – als met de ex-patiënt-gegevens, maar verschilt nog altijd 14% met de 47% van Ten Horn.

Voor de bepaling van de nazorg na het ontslag volgen we liever de definitie waarin ook de huisarts, de reclassering, het algemeen maatschappelijk werk en de (secundaire) dagbehandeling een plaats hebben. In dit geval krijgt één op de vijf ex-patiënten geen nazorg, hoewel die op papier wel staat aangegeven.

Met betrekking tot de continuïteit in de zorg kan worden geconstateerd dat de verhouding tussen APZ en SPD niet altijd optimaal is: in één op de tien interviews met hulpverleners uit de nazorg wordt deze zelfs (zeer) slecht genoemd.

Tussen het APZ en de psychiatrische polikliniek is dat veel gunstiger.

Hoewel bijna alle ex-patiënten nazorg een nuttige zaak vinden, wordt ongeveer een vijfde deel van hen door hun hulpverleners niet gemotiveerd genoemd. Daar staat dan weer tegenover, dat bijna een derde van de ex-patiënten van mening is dat ze niets in te brengen hebben (wat hun hulpverleners overigens ontkennen). Voor de tot-stand-koming van het contact tussen (ex-)patiënt en de nazorginstantie wordt in twee van de drie gevallen door de nazorginstantie het initiatief genomen.

Uit tweede van de interviews met de hulpverleners uit de nazorg komt naar voren, dat er op de een of andere wijze sprake is van een behandelplan; dat gevoel leeft echter slechts bij een klein deel van de (ex-)patiënten.

Ook bij de nazorg speelt het medicijngebruik een belangrijke rol; de helft van de hulpverleners noemt dit expliciet.

Meer dan ten aanzien van de intramurale behandeling is bij de ex-patiënten het doel van de nazorg bekend: nagenoeg iedere ex-patiënt heeft daaromtrent een idee. Daarbij valt de nadruk op het zelfstandige functioneren en het actief voor jezelf opkomen; deze elementen zagen we ook al benadrukt in de doelstelling van de intramurale behandeling. Deze doeleinden blijken vooral bij de middelbaar en hogere opgeleide ex-patiënten bereikt te worden.

Waar mogelijk worden huisgenoten of andere directe relaties bij de nazorg betrokken; in de helft van de gevallen volgde dit op het betrekken van deze relaties bij de intramurale behandeling. Wordt de nazorg beëindigd met een aantal afspraken, dan worden deze sociale relaties daarvan vaak op de hoogte gesteld met het verzoek op het nakomen ervan toe te zien.

De hulpverleners vinden dat ze hun cliënten wel met problemen inzake stress, eenzaamheid, negatieve reacties van de omgeving en inzake het zelfstandig functioneren, hebben kunnen helpen maar niet met problemen van verslaving of van financiële of seksuele aard.

De nazorg blijkt niet voor alle ex-patiënten hetzelfde te zijn:

- vrouwen krijgen meer nazorg van huisarts en polikliniek; mannen meer van de SPD;
- vooral niet-(meer) gehuwde ex-patiënten krijgen ondanks de toezegging vanuit het APZ geen nazorg;
- de ex-patiënten met een lagere opleiding krijgen vooral van de polikliniek en van het algemeen maatschappelijk werk nazorg; voor de ex-patiënten met een middelbare of hogere opleiding wordt vooral door de vrijgevestigd zenuwarts nazorg gegeven;
- ex-patiënten die ouder zijn dan 45 jaar komen voor de nazorg vooral bij de huisarts terecht; deze categorie vindt ook dat ze niets in te brengen heeft omtrent de nazorg;
- ex-patiënten die korter dan twee maanden in het APZ werden behandeld, zijn vooral verstoken van nazorg;
- niet (meer) gehuwden vinden de nazorg niet en gehuwden juist wel nuttig; de nazorg zelf vindt echter, dat ze juist de niet-(meer) gehuwden hebben kunnen helpen met problemen;
- de polikliniek geeft vooral aan psychotici nazorg terwijl met name de neurotici geen nazorg krijgen; bij de psychotici duurt de nazorg langer dan bij de neurotici; de psychotici vinden de nazorg ook het minst nuttig;
- psychotici krijgen meer dan neurotici in de nazorg met medicijnen te maken;
- op de zekerheids-, assertiviteits- en stabiliteitsschalen scoren psychotici hoger dan neurotici;
- met name bij de ex-patiënten die nog niet eerder in een APZ waren opgenomen, vindt de nazorg niet plaats; bij nazorg denken zij overigens meer aan individuele begeleiding dan aan medicijnen en volgens hun hulpverleners heeft die nazorg voor hen ook die inhoud;
- bij de ex-patiënten die voor het eerst waren opgenomen heeft het algemeen maatschappelijk werk een belangrijke nazorg-functie;
- voor de idee van Ten Horn, dat ongehuwden meer nazorg zouden moeten krijgen dan gehuwden hebben we geen ondersteuning gevonden. Wel zou de toegezegde nazorg juist voor deze categorie geëffectueerd dienen te worden; want dat gebeurt nu juist niet.

Tot slot hebben we geconstateerd, dat de gemotiveerdheid van de ex-patiënten voor de nazorg voortdurend hoog blijft.

## **9.8 Heropname en mogelijke predictoren**

De belangrijkste doelstelling van het onderzoek was niet alleen inzicht krijgen in de diverse fasen van de patiënt-carrière en dan met name in de 'ex-patiënt'-fase en in de heropname als aanzet voor de 're-patiënt'-fase, maar ook om mogelijk predictoren voor deze heropname op het spoor te komen.

Deze predictoren hebben we gezocht bij het sociale netwerk, bij de intramurale behandeling en extramurale nazorg en bij de draagkracht van de ex-patiënt zelf. Van de 517 bij het ontslag geïnterviewde ex-patiënten bleek volgens de administratie van de zeven APZ-en 31% binnen één jaar een of meerdere malen opnieuw opgenomen te zijn (geweest). Dit percentage komt in de buurt van de 38% heropnames die Ten Horn (1982) via haar case-register kon vaststellen. Een op de vier heropgenomen (ex-) patiënten had dat bij het ontslag niet verwacht; ook door de intramurale hulpverleners was één op de vier heropnames niet verwacht.

**Dat wil niet zeggen dat de verwachtingen van de ex-patiënten hun hulpverleners inzake heropname geen aandacht zouden verdienen; met name de verwachtingen van de ex-patiënten die al enige maanden uit het APZ zijn ontslagen en van hun hulpverleners hebben een zekere predictieve kracht. Dat geldt vooral voor de hulpverleners in de nazorg die in het kader van hun begeleiding met de balans tussen draagkracht en draaglast worden geconfronteerd en niet steeds bij machte zijn deze zodanig te beïnvloeden dat heropname achterwege kan blijven.**

Een eerdere APZ-ervaring speelt bij het wel of niet uitkomen van de heropname verwachting noch bij de ex-patiënten, noch bij hun hulpverleners een rol van betekenis.

Uit de onderzoeksgegevens betreffende geslacht, leeftijd, burgerlijke staat, opleiding en bron van inkomen zijn geen risicogroepen ten aanzien van heropname te construeren; dit in tegenstelling tot wat Serban (1974) en Rushing (1979) constateerden. Voor de heropname is wel van belang of iemand zijn werk terugkrijgt; is dat niet het geval dan is heropname aannemelijk.

Hiermee parallel loopt het gegeven dat zij die op de WAO zijn aangewezen een verhoogde kans lopen op heropname en dat geldt speciaal de WAO-jongeren onder de 30 jaar. Verder is noch de diagnose, noch de duur van de behandeling (voor welke diagnose ook) van belang voor de heropname. Dat is wel zo met de eerdere APZ-ervaring; en dit ongeacht de aard van de diagnose of de duur van de behandeling. Dit is derhalve een bevestiging van de conclusie van Rosenblatt en Mayer (1974).

Het belang dat door onder andere Spiegel (1969) en Ranek (1975) wordt gehecht aan sociale relaties van de ex-patiënt ter voorkoming van heropname, wordt in dit onderzoek bevestigd. Dat geldt zowel voor een positief ingestelde sociale omgeving, voor de bijdrage die sociale relaties leveren aan het nakomen van afspraken door de ex-patiënt alsook voor de mate waarin de ex-patiënt na zijn ontslag zelf mee kan werken bij het tot stand komen van sociale relaties. Het belang van de sociale relaties blijkt ook uit de constatering dat het betrekken van huisgenoten en/of familieleden bij de intramurale behandeling van belang is ter voorkoming van heropname. Dat geldt ook voor de extramurale nazorg; terwijl van een hele reeks behandelaspecten (inclusief het vrijwillige karakter van de opname en het al dan niet bestaan van een behandelplan) geen predictieve kracht uitgaat ten aanzien van de heropname. Ook de verwachting dat ex-patiënten die de intramurale behandeling positief hebben

gewaardeerd (een waardering die zoals we zagen nagenoeg constant is) een geringere kans op heropname zouden vertonen dan de andere ex-patiënten, wordt in zijn algemeenheid niet bewaarheid, maar wel voor neurotici. Wel blijkt ook hier het predictieve vermogen van de hulpverleners: de ex-patiënten, van wie zij bij het ontslag stellen dat ze tegen problemen opgewassen zullen zijn, lopen minder kans op een heropname dan de andere ex-patiënten.

Dat ook het al dan niet bestaan van een behandelplan geen verband zou vertonen met heropname heeft ons tot een nadere analyse gebracht. Daaruit blijkt dat een behandelplan wel ter voorkoming van heropname van vrijwillig opgenomen patiënten van belang is en voor onvrijwillig opgenomen patiënten alleen als ook sociale relaties bij de behandeling zijn betrokken.

Ook de voortzetting van de behandeling in de vorm van nazorg heeft geen verband met een mogelijke heropname: nazorg is niet preventief ten aanzien van heropname en dat is ongeacht het al dan niet aanwezig zijn van problemen. Deze conclusie bevestigt het onderzoeksresultaat van Ten Horn (1982). Volgens onze gegevens maakt het ook niet uit wie de nazorg geeft.

Na een uitgebreide analyse blijkt dat de vrijwillig opgenomen neurose-patiënten en de patiënten bij wie huisgenoten en/of familie bij de behandeling werden of konden worden betrokken, de geringste kans hebben op een heropname. De vraag die we ons vervolgens hebben gesteld is of de draagkracht van de ex-patiënt in relatie staat tot de heropname. Om deze vraag te kunnen beantwoorden hebben we alleen de beoordelingen van de ex-patiënt over zichzelf en van zijn hulpverleners over de ex-patiënt tot onze beschikking. De diverse beoordelingen van de ex-patiënt blijken geen goede predictoren te zijn voor heropname. Dat blijkt wel het geval te zijn voor de beoordelingen van de hulpverleners en dat geldt dan met name de hulpverleners uit de nazorg die de ex-patiënt van nabij kunnen volgen. Op basis van de continuïteit in beoordeling door de intra- en extramurale hulpverleners, kunnen we inderdaad vaststellen dat heropname minder voorkomt bij patiënten bij wie de hulpverleners voortdurend een zekere mate van draagkracht constateren. Later zal blijken dat dit alleen maar het geval is bij afwezigheid van specifieke problemen. Het problematische van het ex-patiënt zijn, blijkt namelijk een sterke samenhang met heropname te vertonen. Dat klinkt vanzelfsprekend; gaan we echter na waaruit dit problematische bestaat dan blijkt dit de problematiek te zijn die veroorzaakt wordt door stigmatisering door de sociale omgeving, en niet alle mogelijke andere problemen. Ook blijkt het niet voorbereid zijn op problemen een predictie in te houden ten aanzien van heropname. Ook hier blijken de hulpverleners weer een betere voorspelling te kunnen doen dan de ex-patiënten zelf: hun voorspelling van een mogelijke terugval is tevens predictief voor een heropname en die van hun ex-patiënten niet. Ook hier is de predictiekracht van de hulpverleners uit de nazorg het sterkst. Om deze terugval die ze voorspellen te voorkomen, zijn ze blijkbaar echter niet in staat.

Onder het specifiek problematische van het ex-patiënt zijn hebben we de problematiek van etikettering en stigmatisering verstaan. Een van onze belangrijkste

theoretische veronderstellingen was dat deze problematiek een belangrijke bijdrage zou leveren aan de heropname. Om deze veronderstellingen te onderzoeken, hebben we eerst een stigmatiseringsindicator geconstrueerd en deze stigmatisering onder constanthouding van een reeks variabelen in combinatie met elkaar onderzocht.

Uit deze reeks analyses blijkt dat op de heropname

- stigmatisering vooral op de heropname van psychotici belangrijk is; op de heropname van neurotici is de invloed van stigmatisering geringer;
- stigmatisering steeds van invloed is ongeacht of iemand wel of niet eerder in een APZ was opgenomen;
- stigmatisering steeds van invloed is ongeacht de beoordeling van de toestand door de ex-patiënt door zijn hulpverlener;
- stigmatisering steeds van invloed is ongeacht het wel of niet aanwezig zijn van nazorg;
- stigmatisering steeds van invloed is ongeacht of de nazorg reeds eerder opgenomen of voor het eerst opgenomen patiënten geldt, c.q. of de toestand van de ex-patiënt door de hulpverlener goed of niet goed wordt beoordeeld.

Uit de twee laatste bevindingen blijkt ten overvloede het geringe belang van de (door de ex-patiënten ervaren) nazorg inzake de heropname binnen één jaar.

## **9.9. Enkele ontmythologiserende opmerkingen tot slot**

Het beeld, dat het publiek voor ogen staat van een psychiatrisch ziekenhuis, is dat van een getraliede inrichting waar je meestal niet meer uitkomt en waarin mensen in erbarmelijke omstandigheden hun leven slijten. Voor dit beeld bestaat geringe empirische evidentie.

Sinds het laatste decennium is een Nederlands APZ qua groepsindeling eerder een agglomeraat van verblijfs- en behandel eenheden voor 8 à 12 patiënten, gehuisvest in bungalow-achtige paviljoens waaruit meer dan eenderde binnen drie maanden en driekwart binnen zes maanden weer is ontslagen.

Sterk is ook de idee dat patiënten altijd tegen hun wil worden opgenomen en dan niet meer kunnen ontsnappen. Waar juridisch 18 procent onvrijwillig is opgenomen en dan inderdaad niet zonder meer kan vertrekken klopt het beeld juridisch althans zeker niet. Waar twee derde niet uit eigen beweging maar onder druk van de omgeving opgenomen wordt, is er toch een grotere mate van onvrijwilligheid dan de juridische vrijwilligheid doet vermoeden. Deze druk loopt overigens niet parallel aan het willen afbreken van de behandeling. Tegen de zin van de hulpverlener vertrekt slechts een gering deel; en dat is niet onverklaarbaar waar drie kwart van de ex-patiënten het achteraf met de opname eens was.

Rond deze opname bestaat het beeld van crisis-interventie en snelle ambulances. Dit beeld is niet in overeenstemming met het bestaan van wachtlijsten zoals bij andere ziekenhuizen en evenmin met het gegeven dat reeds bij vele instanties door de patiënt om hulp is gevraagd alvorens de opname in een APZ tot stand komt.



Ook over wat er in het APZ gebeurt bestaat een negatief beeld, waarin vervat:

- Patiënten hebben niets te vertellen; daar staat tegenover dat 85 procent van de ex-patiënten stelt dat ze in de behandeling konden meebeslissen;
- De behandeling is mensortierend; daar staat tegenover dat slechts één op de vijf bij het ontslag niet positief over de behandeling oordeelt en in het half jaar volgend op het ontslag deze mening blijft toegedaan;
- De behandeling heeft geen zin en duurt te lang; uit het onderzoek blijkt dat korter behandelen dan twee maanden risico's oplevert op allerlei fronten;
- Als iemand lang in een inrichting zit zal het wel ongeneeslijk zijn; uit het onderzoek blijkt dat het niets uitmaakt voor de heropname of iemand lang of kort in het APZ verblijft;
- De patiënten zouden zelf het beste kunnen inschatten wat hun kansen zijn; uit het onderzoek blijkt dat de ex-patiënten slecht prognoses kunnen maken over hun toekomst.

Over de psychiatrische patiënt blijft het hardnekkige beeld bestaan: eens een gek, altijd een gek.

De samenleving handelt er ook naar; één op de vier ex-patiënten raakt zijn werk kwijt; stigmatisering is een belangrijk element in het slechte functioneren van ex-psychiatrische patiënten en dit leidt tot heropname ondanks gunstige prognoses. Toch en ondanks dat houdt meer dan twee derde het een jaar lang vol buiten het APZ (en dat is niet dankzij de nazorg) en heeft de helft van de patiënten een éénmalige APZ-ervaring.



### **10.1. Inleiding**

Ten behoeve van de beleidssuggesties in dit hoofdstuk hebben we in de eerste plaats aansluiting gezocht bij de Nota geestelijke volksgezondheid van de Staatssecretaris van Welzijn, Volksgezondheid en Cultuur. Verder hebben we in aanmerking genomen de plannen en beleidsvoornemens die ten aanzien van de RIGG-vorming in een aantal gezondheidsregio's leven (GGZ-nota, 1984).

Daarnaast hebben we uit de onderzoeksresultaten een aantal beleidssuggesties afgeleid die in de genoemde nota en RIGG-plannen geen rol spelen. Deze opzet is gekozen om daarmee zoveel mogelijk aan te sluiten bij hetgeen er ten aanzien van ex-psychiatrische patiënten leeft in de samenleving en dan met name bij de zorg-instanties.

Aan de beleidssuggesties ligt het uitgangspunt ten grondslag dat het beleid zich niet alleen moet richten op de behandeling op zich maar ook op het tegengaan van het uitstotingsproces; het overheidsbeleid dient zich met dat proces, mogelijk meer nog dan met de zorg voor de effecten van dat proces, bezig te houden. De overheid erkent dat ook wel, als zij bij monde van haar Hoofd van de Hoofdafdeling GGZ van het Ministerie van WVC stelt dat het zoveel mogelijk voorkómen dat mensen met ernstige psychische problemen in een APZ moeten worden opgenomen niet alleen een zaak is van overheidsbeleid maar van een algemeen geaccepteerd maatschappelijk beleid (Dekker 1983: 377). Wij zouden willen stellen dat ook het accepteren van ex-psychiatrische patiënten en het optimaliseren van hun (vaak gedurende de eerste tijd gebrekkige) mogelijkheden vooral een intentie dient te zijn van het overheidsbeleid, omdat de overheid de belangrijkste instantie is die in voldoende mate zowel beleidscoördinerende mogelijkheden als beleidsmiddelen tot haar beschikking heeft om de ex-psychiatrische patiënt en de bij hem passende voorziening te realiseren. Daarmee stellen we niet, dat de overheid met de financiën in de hand als 'big brother' zal moeten opereren; eerder verwachten wij een constructieve en vooral realistische benadering die in de eerste plaats het belang van de ex-patiënten op het oog heeft en daarvoor de aanwezige inhoudelijke expertise in de (psychiatrische) hulpverlening (ongeacht of deze nu intra- of extramuraal geïnstitutionaliseerd is) benut.

In dit hoofdstuk zullen we achtereenvolgens in aansluiting op de GGZ-nota aan de orde stellen: de aard van de psychische problematiek die tot een APZ-opname heeft geleid (paragraaf 10.2), de positie van de patiënt (paragraaf 10.3), de intramurale en de extramurale zorg (paragraaf 10.4) en de RIGG-vorming (paragraaf 10.5). Naar aanleiding van andere (resterende) onderzoeksresultaten zullen we uitgebreid het heropnameverschijnsel aan de orde stellen, waarbij kanttekeningen inzake de effectiviteit van de intramurale behandeling en de nazorg (paragraaf 10.6).

## **10.2. Psychosociale problemen en psychische problemen**

In de nota geestelijke volksgezondheid (voortaal GGZ-nota genoemd) wordt het terrein van de hulpverlening afgebakend door het onderscheid in twee categorieën problemen:

1. psycho-sociale problemen waarbij het gaat om menselijk leed van in principe gezonde mensen;
2. ernstige psychische problemen waarbij, het gaat om langdurige of acuut voorkomende psychische klachten van in principe zieke mensen.

Daarbij wordt de opmerking gemaakt, dat er sprake is 'van een vloeiende overgang tussen beide categorieën van problemen en van een continuum' (GGZ-nota, 1984: 10).

De eerste categorie problemen zou met name het object moeten zijn van zelfhulp, mantelzorg en eerstelijnszorg; de tweede categorie het object van de GGZ.

In dit onderzoek hebben we te maken met ex-psychiatrische patiënten; dat wil zeggen mensen die volgens de nota op grond van ernstige psychische problemen in het APZ werden opgenomen. Dat is ook het geval. Bij onze bespreking van de gegevens over de opnameproblematiek en de psychiatrische diagnostiek hebben we voortdurend te maken gehad met mensen, die gebukt gingen onder ernstige depressies, paniek, angsten, waandenkbeelden en suicide-neigingen. Wat we ook steeds tegenkomen is het menselijke leed dat daaraan voorafging. Door twee afzonderlijke vragen te stellen hebben we geprobeerd het uiteindelijke opnameprobleem te scheiden van wat daaraan voorafging. (Een onderscheid dat achteraf lijkt overeen te komen met de tweedeling in de GGZ-nota). De opname blijkt bijna steeds tot stand te zijn gekomen op basis van onacceptabel deviant gedrag en de aanleiding voor dat gedrag zoekt twee derde van de ex-patiënten in het eigen functioneren, dat wil zeggen in de wijze waarop ze zelf met mensen en situaties omgingen, c.q. niet er tegen bestand waren. Er blijkt nergens, dat de tweedeling in menselijk leed van gezonde mensen enerzijds en psychische stoornis van zieke mensen anderzijds enige onderbouwing verdient: het gaat steeds om mensen met problemen die naargelang de optiek die je hanteert ziek of gezond genoemd konden worden; het gaat steeds om mensen door wie of voor wie een beroep is gedaan op het APZ om hulp omdat andere instanties deze niet(meer) konden of wilden bieden. Bij twee op de drie ex-patiënten was dit het geval.

Ook het uitgangspunt van de staatssecretaris, dat de burger in beginsel zelf verantwoordelijk is voor zijn geestelijke gezondheid, is onrealistisch te noemen. Bij voortdurend blijkt de patiënt en ook zijn hulpverlener te wijzen op spanning veroorzakende factoren die volstrekt niet te beheersen zijn door de burger zelf. Het vermogen om spanningen te kunnen hanteren is niet alleen voor iedereen zeer verschillend; bovendien zijn er problematische situaties en met name de accumulatie ervan op een bepaald moment die niet door individuele personen of kleine groepen te manipuleren zijn. Ontwikkelingen zoals het steeds groter wordend verlies van arbeidsplaatsen, het verliezen van partners zijn maatschappelijke ontwikkelingen die dermate belemmerend zijn voor de geestelijke gezondheid van de burgers, dat de intentieverklaring van de staatssecretaris om daartegen maatregelen te treffen onrealistisch aandoet, als men de aard en de ingrijpendheid van de spanningen constateert die, onhanteerbaar als ze zijn voor de individuele burger, leiden tot ernstig leed en ernstige psychische stoornis. Dit temeer, doordat de positie van de psychiatrische patiënt ook door de staatssecretaris wankel wordt genoemd.

### **10.3. De positie van de psychiatrische patiënt**

Als een van de redenen voor het uitbrengen van de GGZ-nota wordt door de staatssecretaris de wankel positie van de psychiatrische patiënt genoemd en van bepaalde risicogroepen. Op basis van demografische variabelen kunnen weliswaar geen risico-groepen worden geformeerd; wel blijkt dat meer dan driekwart van de patiënten geen middelbare of hogere opleiding heeft: patiënten met een hoger opleidingsniveau hebben meer alternatieven tot hun beschikking.

Hoewel uit het onderzoek blijkt dat er genuanceerd gedacht moet worden over de achtergronden en gevolgen van de (juridische) onvrijwillige opname, kan van tweederde van de patiënten worden vastgesteld dat ze onder druk van de sociale omgeving waren opgenomen; een indicatie voor de reacties van de omgeving op onaangepast gedrag en tevens voor de geringe onafhankelijkheid van de ex-patiënt van zijn sociale omgeving. De rol die de sociale omgeving heeft gespeeld blijkt ook uit andere indicatoren. Het gaat dan met name om gezinsleden en familieleden: de mantelzorg heeft blijkbaar de problematiek ook niet meer aangekund. De juridische onvrijwilligheid van de opname is het hoogst bij mannen en bij patiënten met de diagnose psychose.

Op basis van de onderzoeksgegevens zouden we de wankel positie die de staatssecretaris bij de psychiatrische patiënt onderkent, eveneens willen toekennen op de categorie ex-psychiatrische patiënten. Vooral de ex-patiënten die reeds meermalen in een APZ verbleven lopen een aanzienlijk risico tot de categorie frequent opgenomen psychiatrische patiënten te gaan behoren. Niet zozeer de ruimtelijke isolatie die de staatssecretaris meent te moeten onderkennen aan de opname in een APZ draagt bij aan de wankel positie van de patiënt maar veeleer de sociale

eenzaamheid die via stigmatisering van de ex-patiënt tot stand komt. Deze stigmatisering kent vele vormen en variaties; een ervan is het verliezen van de werkplek: voor een op de vier ex-patiënten was dat het geval. Deze stigmatisering blijkt bovendien een van de belangrijkste problemen te zijn waardoor een heropname wordt bewerkt.

De staatssecretaris formuleert dat de hulpvrager recht heeft op informatie van de hulpverlener over zijn problemen en de behandeling ervan (Nota 1984: 17). Het formuleren van dit recht betekent niet, dat daarmee de patiënt ook volledig op de hoogte zal komen of blijven van zijn situatie. Op zeer essentiële onderdelen van de opname, de behandeling en de ontslagvoorbereiding, blijken er grote discrepanties te bestaan over de vraag of de ex-patiënt daarvan op de hoogte was. Veelal werd door de ex-patiënt informatie ontkend die door zijn hulpverlener aanwezig werd geacht. Dat geldt zowel het doel van de behandeling alsook het opstellen van een behandelplan, het betrekken van sociale relaties bij de behandeling en de voorbereiding op problemen na het ontslag. Het is niet aannemelijk te veronderstellen dat meer patiënten daardoor de behandeling als nuttig gaan ervaren of deze positiever zullen beoordelen; slechts een klein deel en dan met name de ouderen boven de 45 jaar stelt, dat zij nooit in de behandeling konden meebeslissen en een zeer hoog percentage oordeelt de behandeling niet alleen bij het ontslag positief maar blijft ook in de maanden volgend op het ontslag voor tweederde die mening toegedaan. Een oordeel waarmee ook hun hulpverleners in de nazorg instemmen.

In de nota wordt gesproken over de wankelende positie van de psychiatrische patiënt. Een nuancering naar kortverblijvende en langverblijvende of naar A- en B-bedden (Schudel, 1976) was hier op zijn plaats geweest.

Inzake de positie van de psychiatrische patiënten die korter dan twee jaar in het APZ verbleven (A-bedden) kunnen we de volgende empirische bevindingen rapporteren.

#### **10.4. De intra- en extra-murale zorg**

De beleidsvoornemens van de staatssecretaris richten zich ook op de kwaliteit van de intramurale psychiatrische behandeling en van de extramurale nazorg.

We memoreerden reeds het (ervaren) belang van de intramurale psychiatrische behandeling voor het toekomstige functioneren van de ex-patiënt.

De GGZ-nota vestigt de aandacht op het planmatige karakter van de behandeling, waar ze spreekt van 'behandelcontract'. In 1979-1980 (de periode van de gegevensverzamelingen) leefde dit idee reeds in enige mate. Onze vraag aan de intramurale hulpverleners of er in het begin van de behandeling een behandelplan of behandelcontract was opgesteld werd in negen van de tien gevallen bevestigend beantwoord. Bovendien is het doel van de behandeling volgens hen aan de patiënten duidelijk gemaakt. Het doet wat merkwaardig aan, dat bijna tweederde van de

ex-patienten op het ontslagmoment stelt, dat er geen behandelplan of behandelcontract is opgesteld. Ook inzake het behandoel is er minimaal van een terminologisch onderscheid sprake: de ex-patienten gebruiken vaak termen als 'genezen, beter worden', de hulpverleners hebben vooral als behandoel 'het zo optimaal mogelijk functioneren in de toekomst' voor ogen, één op de drie ex-patienten kan overgens geen doel van de behandeling of aspecten daarvan aangeven.

Dergelijke discrepanties doen zich steeds voor tussen ex-patienten en de hulpverleners die door de ex-patient werden aangewezen als de hulpverleners die het beste met hun situatie op de hoogte waren. Opmerkelijk is dat deze discrepantie nagenoeg niet aanwezig is ten aanzien van de vraag of er sociale relaties bij de behandeling werden betrokken en wie dat waren: slechts één op de acht ex-patienten heeft deze vraag ontkennend beantwoord, terwijl hun hulpverlener deze bevestigend heeft beantwoord.

Overgens is een belangrijk gegeven dat het betrekken van sociale relaties bij de behandeling (al is het maar in de vorm van informatie-uitwisseling) een positief resultaat volgens zowel ex-patienten als hun hulpverleners heeft opgeleverd.

Het geheel overziende van wat door het onderzoek over de inhoud van de behandeling bekend is zou een aantal aanbevelingen mogelijk zijn.

Bij patienten met een middelbare en hogere opleiding komt met name psychotherapie voor, bij hen wordt het behandelplan meer op het toekomstig functioneren gefocust en bij hen is de discrepantie tussen hulpverlener en patient het geringste. Dergelijke constateringen leiden ertoe dat hulpverleners die veelal een hogere opleiding hebben er steeds op attent dienen te zijn dat ze niet het contact met de patient verliezen. Onbegrip leidt in dit geval tot afhankelijkheid van de patient. De voortdurend gesignaleerde discrepanties tussen de patient en 'zijn' hulpverlener ten aanzien van belangrijke behandelzaken kan niet steeds afgedaan worden met een verwijzing naar de 'ziekte' van de patient, zij kan ook worden toegeschreven aan het opdelen van de behandeling in taken van verschillende disciplines die te weinig of te onduidelijk met elkaar en vooral met de patient rekening houden. Ook hier geldt, dat de mogelijkheden van de patient als uitgangspunt van de behandeling dienen te worden genomen. Behandelingsinitiatieven die daarvan uitgaan zoals bijvoorbeeld de Goldstein-therapie met haar vaardigheidstrainingen (Caumans e a., 1983) dienen derhalve te worden bevorderd. Mogelijk wordt met een dergelijke aanpak bereikt dat een behandelplan (en waar nuttig een behandelcontract) zijn waarde kan bewijzen.

Sociale relaties blijken in alle fasen van de loopbaan van de ex-psychiatrische patient een belangrijke rol te vervullen. Ze blijken de patient tot de opname te brengen, ze komen voor in de beschrijving van de opnameproblematiek, ze worden met goed resultaat betrokken bij de behandeling en spelen een belangrijke rol na het ontslag, onder meer door de ex-patient te helpen zich aan zijn afspraken te houden.

Gezien deze invloed en het gegeven dat het betrekken van sociale relaties bij de behandeling het uiteindelijke succes bevordert in de zin dat aldus behandelde ex-

patienten minder kans hebben op heropname, verdient het aanbeveling waar mogelijk (en niet alleen voor gehuwden) relaties zoveel mogelijk bij de intramurale behandeling te betrekken. Van sociale relaties kan steeds worden verwacht dat ze informatie verschaffen en de patient steunen. Waar geïndiceerd, kunnen ze direct in de behandeling worden betrokken. Dat dient op duidelijke gronden te gebeuren en met duidelijke doeleinden. Wil een redelijk opvangklimaat voor de ex-patient kunnen ontstaan, dan dient de sociale omgeving de verandering van de patient mee te maken en waar mogelijk zelf ook te veranderen. Wil dezelfde omgeving later als steun fungeren en een klimaat kunnen bieden waar de ex-patient zijn vertrouwen in kan stellen, dan dient duidelijk gemaakt te worden aan de patient dat de omgeving zichzelf en zijn relatie met de patient ook ter discussie wil stellen.

Een voortdurende evaluatie van het behandelprogramma (hoewel niet steeds mogelijk) lijkt een goed middel om optredende discrepanties te kunnen signaleren, om de bedoelingen die men met de patient heeft opnieuw te formuleren en om daarbij de sociale relaties een rol toe te wijzen waarbij hun functie in het behandelingsproces gerelateerd dient te worden en aan hun inbreng bij de opname van de patient en aan hun taak na diens ontslag. Aan de 'voordeur' en de 'achterdeur', termen in de GGZ-nota gereserveerd voor de verwijzende en de nazorginstanties (pagina 55), kan ook door de sociale relaties een belangrijke plaats worden ingenomen.

In de concrete beleidsvoornemens opteert de staatssecretaris voor onderzoek naar de vraag of kortdurende therapieën effectief en verantwoord zijn zonder het gevaar voor kwaliteitsverlies (Nota 1984-59). Zonder te willen treden in de discussie naar wat kortdurend, effectief en verantwoord is, over welke therapieën het gaat en wat kwaliteitsverlies betekent (termen waarover de nota zelf geen duidelijkheid verschaft) kan het volgende gesteld worden. Uit het onderzoek blijkt bijna 90 procent van de patienten (en dan vooral de voor het eerst opgenomen patienten) korter dan twaalf maanden te zijn opgenomen. Een derde daarvan was korter dan twee maanden in het APZ. Naar diagnose maakt de behandelduur geen verschil uit. Wel blijkt bij voortdurend dat zij die korter dan twee maanden werden behandeld de behandeling minder nuttig hebben gevonden, ze hebben de behandeling ook niet afgemaakt, er wordt met hen geen behandelplan afgesproken, volgens hun hulpverleners zijn juist zij ook niet gemotiveerd, bij hun vertrek moeten zij ook duidelijk minder sociaal weerbaar worden geacht, vergeleken met de andere patienten, bij hen bestaat de verwachting hun werk terug te krijgen (als ze dat hadden) en dat gebeurt niet, ze voelen zich op geen enkel probleem voorbereid en zijn dat volgens hun hulpverleners ook niet, hun toestand bij het ontslag wordt door de hulpverleners dan ook als niet zo goed of zelfs als slecht ingeschat. Met deze gegevens in de hand kan men moeilijk volhouden dat twee maanden in een APZ (uitgaande van de in 1980 gevolgde werkwijze) veel positiefs oplevert voor het functioneren na het ontslag. Volgens onze gegevens ligt rond de zes maanden het kritische keerpunt, daarna zijn de meeste positieve effecten en qualificaties ten aanzien van de behandeling te constateren. Het voornemen van de staatssecretaris om het accent te leggen op de kortdurende



behandelingsfunctie van maximaal drie maanden zou kunnen worden onderbouwd met een verwijzing naar mogelijk andere werkvormen, naar een differentiatie in patient-categorieën en te bereiken doeleinden

### 10.5 De RIGG-vorming

Verspreid door de GGZ-nota, bij de uitgangspunten, bij de ontwikkelingen en de samenwerkingstendensen in de GGZ en ook bij de concrete beleidsvoornemens, wordt steeds aandacht gevraagd voor continuïteit en integrale zorgverlening. Scheidingen tussen de afzonderlijke voorzieningen dienen 'doorlaatbaar' te zijn, er dient samenwerking te zijn aan de 'voordeur' en de 'achterdeur' van het APZ. Deze integrale visie en de daarmee samenhangende RIGG-structuur werd al eerder bepleit (Dekker 1983: 372) en bekritiseerd (Gersons 1983: 384) met name omdat deze reorganisatie van de GGZ in het geheel niet inhoudelijk door hulpverleners vanuit hun werkervaring zou worden gesteund. Door Dekker werden ook voorwaarden voor de RIGG geformuleerd. Naast de begeleiding en de evaluatie van deze RIGG-structuur zijn de twee belangrijkste condities

- de zorginstanties dienen elkaar nodig te hebben,
- er moet duidelijkheid komen over het werkgebied.

Beide condities lijken ons niet onafhankelijk van elkaar te zijn.

Inventariseren we eerst welke instanties er aan de 'voordeur' en de 'achterdeur' van het APZ staan, dan valt de centrale positie op van de huisarts: de helft van de verwijzingen komt van hem en één op de vijf patiënten wordt na het ontslag door hem begeleid. De huisarts valt evenwel niet direct onder de RIGG-structuur.

Tussen de psychiatrische polikliniek, de psychiatrische dagbehandeling, de PAAZ en de AGGZ-instanties zoals de SPD, zou een taakverdeling en taakafstemming denkbaar zijn.

De PAAZ heeft met 10 procent een plaats aan de voordeur maar niet aan de achterdeur.

De SPD is met 9 procent aan de voordeur niet sterk vertegenwoordigd, maar met 21 procent wel aan de achterdeur. Het sterkst is de psychiatrische polikliniek aanwezig: 15 procent van de verwijzingen neemt zij voor haar rekening en 33 procent van de nazorg.

Er zijn geen aanwijzingen dat er specifieke categorieën te onderscheiden zijn naar diagnose of eerdere opname bij specifieke verwijzende of nazorginstanties. Polikliniek en SPD verwijzen bovendien nauwelijks naar elkaar, terwijl de huisarts met ieder van hen samenwerkt. De conclusie is derhalve, dat ze elkaar niet nodig hebben en dat zich ook niet op specifieke groepen richten. Een indicatie inzake de samenwerking tussen APZ en nazorginstanties kan gevonden worden in het gegeven dat hoewel nazorg door het APZ is geregeld, deze bij één of de vijf ex-patiënten niet heeft plaatsgevonden. Bovendien noemt één op de tien hulpverleners uit de SPD de samenwerking met het APZ slecht tot zeer slecht (hetgeen bevestigd wordt door de

beoordeling van de APZ-hulpverleners). Daarbij worden het gebrek aan contact, het hanteren van een andere behandelingsfilosofie en een zeker gevoel van achterstelling door het APZ als argumenten aangevoerd. De polikliniek lijkt niet complementair te zijn aan de RIAGG.

De conclusie dient derhalve te zijn, dat het zorgsysteem nog geen tekens van 'doorlaatbaarheid' vertoonde in de jaren 1980, het is de vraag of dat in 1985 beter is. Waar in de nota aandacht gevraagd wordt voor continuïteit in de behandeling is het de vraag of een afwisseling van de wacht door de RIAGG wel na te streven is. Er zijn redenen om aan te nemen, dat voortzetting van een (positief beoordeelde) begeleiding door het APZ via de polikliniek de voorkeur verdient: wisseling van ideologie en werkwijze kan ook nadelige gevolgen hebben.

Ook bij de idee van het 'outreaching' karakter dat aan de RIAGG wordt toegedacht past een opmerking. Uit de onderzoeksgegevens blijkt namelijk, dat bijna de helft van de contacten tussen ex-patienten en nazorginstanties niet door de nazorginstantie maar door andere(n) wordt geïnitieerd. Als ex-patienten zelf het voortouw nemen, zijn dat vooral de middelbaar en de hoger opgeleide ex-patienten.

Begeleiding van de samenwerking lijkt een eerste vereiste en dient zich te beperken tot die terreinen waarop werkelijke raakvlakken bestaan tussen de diverse instanties.

In eerste instantie dient voor deze samenwerking een organisatievorm te worden ontwikkeld geënt op de behoefte van de hulpvrager. In tweede instantie dient een start gemaakt te worden binnen deze organisatie met het wegnemen van wederzijds wantrouwen en met het aankweken van het gevoel elkaar nodig te hebben ten behoeve van de optimalisering van de zorg. De methode die daarvoor mogelijkheden biedt is het stimuleren van een hulpverlening waarin de kunstmatige scheiding tussen RIAGG en APZ door de hulpverleners zelf wordt opgeheven in hun werk.

Een 24-uurs dienst voor acute psychiatrie, waaraan door intra- en extramurale hulpverleners in teamverband wordt deelgenomen, zou een eerste stap in die richting kunnen zijn (Gersons, 1983: 385).

#### **10.6. Kanttekeningen rond de effectiviteit van de zorg in termen van heropname binnen één jaar na het ontslag**

Via het onderzoek hebben we een aantal factoren kunnen ontdekken die een voorspellend karakter hebben ten aanzien van de heropname binnen één jaar.

Enkele factoren, waaronder de eerdere APZ-ervaring, het al dan niet ervaring hebben gehad in de behandeling met een behandelplan, stigmatisering als extra-handicap en het al dan niet hebben ervaren van nazorg, hebben we op basis van theoretische overwegingen in combinatie met steeds weer andere variabelen onderzocht. De bedoeling daarvan was te onderzoeken of deze factoren hun predictiekracht zouden behouden of juist in die combinaties aan predictiekracht zouden winnen.

Van de 517 ex-patienten die in dit onderzoek bij het ontslag werden ondervraagd, was een derde binnen één jaar na het ontslag één of meerdere malen heropgenomen geweest of nog heropgenomen. Van deze heropnames kwam één op de vier onverwacht. Ook door de intramurale hulpverleners werd één op de vier heropnames niet verwacht. Toch heeft hun verwachting een grotere predictiekracht dan die van de patienten zelf. Dat hebben we trouwens het gehele onderzoek door gezien: steeds blijken de hulpverleners hun werk te verstaan in die zin dat hun verwachtingen meestal wel uitkomen. De hulpverleners blijken een realistischer houding te hebben dan hun ex-patienten. Of de patient al eerder eens was opgenomen speelt daarbij geen rol. De achtergronden en oorzaken van het optreden van onverwachte heropnames is een nader onderzoek waard.

Tot een specifiek beleid ten aanzien van mogelijke risicogroepen, geformeerd op basis van een aantal demografische kenmerken, om heropname te voorkomen, geven onze onderzoeksresultaten geen aanleiding. Dat geldt tot op zekere hoogte ook ten aanzien van diagnosegroepen en ten aanzien van de duur van de behandeling. Wel blijkt het reeds eerder opgenomen zijn geweest een zeer belangrijke factor te zijn voor heropname.

Dit is een reden te meer om patienten, van wie verwacht wordt dat ze heropgenomen zullen worden, niet te snel met ontslag te laten gaan, ook al willen ze dat zelf, tenzij door het beleid geopteerd wordt voor een groep psychiatrische patienten die regelmatig voor korte periodes in een APZ verblijven en op grond daarvan geëtiketteerd en gestigmatiseerd worden.

Positief ingestelde relaties blijken preventief te zijn inzake heropname.

Steeds weer blijken deze netwerken van groot belang alsmede de wijze waarop de ex-patient ermee kan omgaan. Dit zijn belangrijke argumenten om sociale netwerken rond de ex-patient te ondersteunen en de ex-patient vaardigheden te leren met dergelijke netwerken om te gaan.

Dat geldt met name voor psychotici die reeds eerder waren opgenomen en voor neurotici die nog niet eerder waren opgenomen.

Bijzondere aandacht verdient de groep neurotici, die voor het eerst in een APZ verbleven en ook nog een behandeling als nutteloos hebben ervaren: zij lopen een grote kans heropgenomen te worden. (Misschien moet er gepleit worden voor een betere 'voorzorg' die mensen, als er dan toch een opname moet plaatsvinden, tot de behandeling motiveert). Opmerkelijk is dat het bestaan van een behandelplan geen relatie vertoont met heropname. Ons inziens is een zwart op wit-overeenstemming tussen patient en hulpverlener om het doel van de behandeling en de wijze waarop men het probleem wil gaan aanpakken, zinvol. Dat geldt overigens ook voor een plan dat verder gaat dan de intramurale zorg en dat een integraal hulpverleningsprogramma omvat. Zo'n plan moet echter duidelijk zijn voor patient en hulpverlener, minstens in zoverre dat ze beiden weten dat ze samen een plan hebben gemaakt. Welnu, omdat dit laatste niet het geval bleek te zijn en er (als het er was) dan nog geen

wederkerige afspraken hoefden te bestaan, heeft het niet echt in de behandeling gefunctioneerd. Een indicatie daarvoor is dat het behandelplan wel preventief is inzake heropname bij vrijwillig opgenomen ex-patienten.

De behandeling op zich, zoals wij die via een aantal indicatoren benaderd hebben, voorkomt geen heropname. We hebben benadrukt dat dat ook niet het exclusieve doel van de behandeling is: het APZ heeft meer doeleinden.

Misschien is het zo goed mogelijk voorbereid worden op alle mogelijke facetten van het sociale functioneren als ex-psychiatrische patient, wel één van de belangrijkste onderdelen van de behandeling. Dit heeft volgens de onderzoeksgegevens althans een gunstige invloed op het voorkómen van heropname.

Een toetsend onderzoek naar die elementen in de intramurale behandeling die wel preventief zijn ten aanzien van heropname is alleen al gezien de investeringen in de GGZ, belangrijk.

Dat geldt overigens evenzeer voor de nazorg: of deze door de ex-patient ervaren wordt of niet, maakt geen verschil voor de heropname. Wel is weer belangrijk of sociale relaties van de ex-patient daarbij worden betrokken. Mantel(na)zorg verdient ruime aandacht van onderzoekers en van het beleid ter zake. Toch blijft het intrigerend, dat heropname op geen enkele wijze in verband staat met de nazorg, niet met het feit of die heeft plaatsgevonden en ook niet met de instantie die deze nazorg gaf. Evenals bij de APZ-en is de vraag gewettigd of de wijze waarop een ex-patient na het ontslag begeleid wordt en de resultaten die daarmee worden behaald, wel in verhouding staan tot de grote investering aan mankracht en deskundigheid die daarmee gemoed is.

Als iets uit de behandelingsgegevens duidelijk is geworden, is het wel de voortdurende discrepantie tussen hulpverleners en patienten inzake nagenoeg alle aspecten van de behandeling. Ook in hun verwachtingen inzake de toekomst, wat zich daar zal voordoen, hoe daarmee door de patient kan worden omgegaan en of deze al dan niet aan problemen het hoofd zal kunnen bieden, zijn voortdurend soms zeer aanzienlijke discrepanties te constateren. Dat geldt niet alleen in de relatie tussen ex-patient en intramurale hulpverlener, maar ook in de relatie tussen ex-patient en nazorg. Men dient hierbij te bedenken dat het hier niet gaat om een relatie tussen twee partijen die elkaar niet kennen: het betreft hier hulpverleners die door de ex-patient zijn aangewezen 'als het beste op de hoogte van hun situatie'. Bovendien kan deze discrepantie niet (volledig) worden verklaard doordat het aspecten betreft die niet in de hulpverlening aan de orde (dienen) te komen: het betreft ook essentiële zaken zoals het nut van de behandeling.

Een andere vorm van discrepantie is het niet uitkomen van verwachtingen, we hebben dat frustraties genoemd. Ex-patienten vertrekken over het algemeen veel te optimistisch uit het APZ, dat geldt met name de voor het eerst opgenomen ex-patienten. De hulpverleners blijken veel realistischer te zijn, hoewel ook hun geformuleerde verwachtingen niet altijd uitkomen.

Voorbereiding op problemen, ze bespreekbaar maken en hen ermee laten omgaan verdienen de grootste aandacht in de ontslagvoorbereiding. Met name het voorbereid zijn op de etiketterende reactie van de samenleving (een belangrijke factor bij heropname) is belangrijk.

Waar ieder wel min of meer realistische denkbeelden heeft over een gewoon algemeen ziekenhuis en met het idee kan leven er wel eens ooit mee te maken te krijgen, blijven verouderde stereotype opvattingen ten aanzien van psychiatrische ziekenhuizen een hardnekkig bestaan leiden, daarmee tevens verhinderend dat men van de werkelijkheid kennis durft te nemen.

Het lijkt een taak bij uitstek van de overheid op dit punt een beleid te voeren door zelf zich te informeren over de intramurale psychiatrie en door middelen ter beschikking te stellen (onder andere aan de APZ-en) om het publiek voor te lichten en te informeren over de huidige stand van zaken op het terrein van de psychiatrie en door discriminatie als vorm van stigmatisering tegen te gaan. Het object van deze voorlichting zou, naast de werkelijkheid van de intramurale psychiatrie, ook moeten zijn het gebrek aan alternatieve behandelingsvormen. Ook de houding van de samenleving ten aanzien van psychiatrische patiënten in een gewoon huis in een gewone straat en de problematiek die door de opname in een APZ ontstaat bij de naaste familie van de patiënt zou voorwerp van de GVO kunnen zijn. Initiatieven van APZ-en zelf tot ontmythologisering kunnen alleen maar worden toegejuicht.



## NOTEN





## NOTEN BIJ HOOFDSTUK 1

- 1) De keuze voor de termen ziekenhuis en patient in plaats van centrum, inrichting, klient, etc heeft hier geen ideologische achtergrond. Ze worden hier gebruikt uit praktische overwegingen: nog steeds is het algemeen psychiatrisch ziekenhuis en daarmee ook de term patient de meest voorkomende term, mogelijk niet terecht wat de term reminiscenties oproept aan bedverpleging etc.
- 2) Voor de afkortingen verwijzen we naar bijlage 1.
- 3) De discussie over wat 'normaal' en wat 'gek' is, laten we hier terzijde, het gaat hier in eerste instantie om een weergave van de publieke opinie.
- 4) Ook de term nazorg wordt vanwege de gangbaarheid hier gebruikt, hoewel het een slechte term is: het suggereert veel te sterk dat de intramurale behandeling de kern is van de psychiatrische behandeling, terwijl er bij nazorg eigenlijk sprake is of kan zijn van een verdere (extramurale) behandeling.
- 5) Voor de vraag of onderzoek de facto kan bijdragen aan gewenste veranderingen zie onder andere: Van de Veer, G., 1977.
- 6) Een opname hoeft niet noodzakelijkerwijs de start te zijn van een succesvolle behandeling: mogelijk heeft een opname in het APZ ook een positieve functie als 'strandingsmoment': het APZ is dan een plaats, waar iemand kan aanslibben, zoals een schipbreukeling met zijn wrakke bootje op een zandplaat aanspoelt, daar op verhaal komt en in dezelfde wrakke kano weer verder moet. In dat geval is er (zogenaamd) geen meetbaar behandelingseffect, hoewel het psychiatrisch centrum toch een positieve functie heeft vervuld, namelijk als asiel, als 'gast-huis' is opgetreden. Het vervangt dan voor enige tijd bijvoorbeeld de krotwoning waar men wel in leven kan blijven, maar niet kan leven.
- 7) Deze vier aspecten veronderstellen wel gemeenschappelijkheid in cultuur en denken.
- 8) Spiegel en Keith-Spiegel (1969) vragen daarom aandacht voor de psychosociale kanten van de situatie van de ex-patient.
- 9) Deze thematiek wordt uitgebreid behandeld in van den Hout, 1983.
- 10) Giel en Ten Horn (1981) stellen dat volgens hun case-register in het circuit van volwassenen, met name mensen arm aan sociaal contact de kans lopen in aanraking te komen met de psychiatrie.
- 11) Men zou kunnen stellen dat niet het APZ 'hospitaliseert' dat wil zeggen de patient zo behandelt dat hij niet meer wenst te vertrekken, maar de samenleving doordat ze de patient niet terug wenst.
- 12) Het begrip psychiatrisch ziekenhuis heeft in de historie van de psychiatrie een steeds weer andere betekenis gekregen. Bij Van der Esch (v.d. Esch, 1975 deel I+II) zijn neutrale benamingen te vinden als gesticht, inrichting, maar ook benamingen die gebaseerd zijn op de toenmalige visies op psychische stoornis: zoals: beterhuizen, zinnelooshuis, simpelhuis en ook gasthuis.
- 13) De vragenlijsten bij het onderzoek gebruikt zijn opvraagbaar bij de onderzoeker.

## NOTEN BIJ HOOFDSTUK 2

- 1) Voor een verdere bestudering van dit registratiesysteem zie: Hoekstra (1976: 21-45). Voor de PIGG raadplege met name p. 34-40. Zie ook de Graaf, 'Registratie kan als eerste stap voor het maken van beleid een bruikbaar middel zijn' in: Welzijnsweekblad, 28 maart 1980.
- 2) Deze telling bevat ook heropnemingen, zodat het minder personen betreft.
- 3) Waaronder eigen gezin, ouderlijk huis, pleeggezin, alleenwonend.
- 4) Zo was het aantal 'vertrekkers' uit een van de APZ-en onder meer gering daar men, volgens dit APZ, in verband met personeelstekort van behandelniveau naar bewakingsniveau was overgegaan.

- 5) Met vergelijking tussen deze hulpverleners van de zeven APZ-en op basis van percentages dient men zeer voorzichtig om te gaan de interviews met de 25 ontslagpatienten van Deventer werden bijvoorbeeld bij 7 hulpverleners (dat wil zeggen 1 persoon = 14%) afgenomen. Het onderzoek is ook niet bedoeld om dit te vergelijken, het richt zich op de patient-hulpverlener-relatie.
- 6) Het betreft hier 37 van de 41 Algemene Psychiatrische Ziekenhuizen omdat 4 van de 41 een achterstand hadden ofwel nog niet participeerden aan de registratie.
- 7) Met name de adviezen van dr. D. Wiersma zijn hierbij van belang geweest.
- 8) Voor een algemeen evaluerend artikel over vragenlijsten/schalen ten aanzien van sociaal functioneren zie Weismann (1975).
- 9) Zie Maandblad van de Geestelijke Volksgezondheid 1978, no. 2.

#### NOTEN BIJ HOOFDSTUK 3

- 1) In 1979 waren er 41 APZ-en. Door fusie van St. Anna en St. Servatius te Venray tot een APZ 'Venray' waren er in 1980 40 APZ-en.
- 2) Zie v.d. Esch (1975), Beek (1974), Visselaar (1982).
- 3) Regionalisatie: de indeling in gebieden waarbinnen een overzichtelijk en samenhangend stelsel van gezondheidszorgvoorzieningen functioneert.
- 4) Hoe verwaarlozing van dit aspect een onderzoek nadelig kan beïnvloeden is te signaleren in Rommelaars (1982).
- 5) Bron: Overzicht gegevens psychiatrische instellingen in Nederland, 1979. Geneeskundige Hoofdinспекtie voor de GGZ, Ministerie VOMIL, Leidschendam, 1981.
- 6) Voor de afkortingen zie bijlage 1.
- 7) Meer in detail worden deze ontwikkelingen beschreven in het WRR-rapport (1982, p. 209 e.v.).
- 8) Het betreft hier een zogenaamde 'open vraag' deze zijn over het algemeen moeilijk te kwantificeren.
- 9) Om een indruk te geven van een diagnose, het volgende citaat: 'Een zeker gespannen 50-jarige vrouw met gmnassen, dwanglachen, pseudologoclonieën, pseudo-echolalieën en verdenking op verzanden (cave hersenorganiciteit, cave schizofrenie)', krijgt als diagnose een 'histensche niet gespecificeerde persoonlijkheidsstoornis (code 301.50)'

#### NOTEN BIJ HOOFDSTUK 4

- 1) cf. bijlage 1.1. Lijst van afkortingen.
- 2) Voor sociale omgeving worden ook wel als termen gebruikt: sociaal systeem, sociale context, sociaal netwerk.
- 3) De verdeling van deze 305 is als volgt:  
eerder opgenomen in hetzelfde APZ: 70% (211),  
eerder opgenomen in één van de zeven APZ-en: 13% (41),  
eerder opgenomen in een ander APZ dan de zeven APZ-en: 17% (53).
- 4) Zie voor de ontwikkelingen in het verwijzen naar een APZ, Jenner en Nagels (1983: 29 e.v.).
- 5) Gegevens afkomstig van de P-kaart, bij 2% (9) van de ex-patiënten was dit gegeven niet ingevuld.
- 6) Om als crisiscentrum een opvang te kunnen realiseren gedurende het weekend buiten het eigen APZ, kunnen wel eens een dertigtal telefoontjes nodig zijn, waaruit blijkt dat zo'n afspraak niet garant staat en ook niet kan staan voor een snelle crisisinterventie.
- 7) De discrepantie tussen ex-patiënten en hulpverleners wordt nog geaccentueerd door het feit dat door de ex-patiënten hulpverleners als informant werden opgegeven 'die het beste van hun situatie op de hoogte waren'.
- 8) De betrouwbaarheidscoëfficiënt Cronbach's Alpha is .64. Dat betekent een niet al te sterke maar wel bruikbare schaal.

#### NOTEN BIJ HOOFDSTUK 5

- 1) Schudel (1976: 40) maakt op basis van de verblijfsduur onderscheid in A-bedden ( $\leq 2$  jaar) en B-bedden ( $\geq 2$  jaar). In ons onderzoek kan van 95 procent van de ex-patiënten worden gesteld dat ze A-bedden bezetten.
- 2) Sociotherapie heeft drie mogelijkheden:  
a. invloed uitoefenen op de materiele omgeving;

- b invloed uitoefenen op de personele omgeving en daarmee op de onderlinge interacties,
  - c invloed uitoefenen op het dag- cq weekprogramma en daarmee op het dagelijkse functioneren
- 3) Functionele klachten, klachten die in relatie staan tot een of meerdere externe factoren
  - 4) Van de ondervraagde ex-patienten heeft 88 procent medicamenteuze therapie in zijn behandeling, 52 procent van de ex-patienten ontvangt sociale begeleiding in zijn behandeling enzovoorts
  - 5) Van de ondervraagde ex-patienten zegt 44 procent dat gezinsleden betrokken zijn in de behandeling enzovoorts
  - 6) Het vermoeden dat de manier waarop de behandeling eindigt, zou verschillen naar het juridisch vrijwillige karakter van de opname (patienten die met machtiging of met IBS werden opgenomen, kunnen formeel niet zonder toestemming vertrekken), wordt niet door verdere analyse bevestigd

## NOTEN BIJ HOOFDSTUK 6

- 1) Dat hoeft niet hetzelfde adres te zijn als bij de opname
- 2) In overzicht 6.3 gaan we daarop nader in
- 3)  $p = 00$   $\phi_H = 35$
- 4)  $p = 00$   $\phi_H = 38$
- 5)  $p = 00$   $\phi_H = 15$
- 6) Bij nadere bestudering bleek, dat deze laatste set (C) van variabelen zowel op het tweede als op het derde meetmoment een grote mate van non-respons kende aangezien bij veel respondenten niet al deze netwerken bestonden  
Dit bleek eveneens het geval te zijn met de variabelen, die betrekking hadden op de werksituatie van de ex-psygiatrische patienten (Dit laatste vindt zijn plausibele verklaring in het feit, dat het merendeel van de ex-patienten niet naar de oorspronkelijke werksituatie terugkeerde)  
Om redenen van de grote mate van non-respons en de daarmee gepaard gaande problemen, besloten we om af te zien van verdere bewerking en analyse van de genoemde set variabelen
- 7) Dergelijke inzinkingen komen ook voor na andere 'life-events' die gedurende een bepaalde tijd een intens beroep hebben gedaan op personen (denk aan postnatale, maar ook post-dissertale depressies)  
Zie daarvoor Stal en Scheffer (1982, 1984)
- 8)  $p = 00$   $\phi_H = 36$

## NOTEN BIJ HOOFDSTUK 7

- 1) De depot-medicatie medicamenteuze behandeling meestal via injecties met name voor ex-psygiotici met een vrij stabiel gedragspatroon, wordt vooral aangewend gezien de langdurige werking (1 à 3 weken) om zo mensen buiten het APZ te kunnen laten functioneren Tevens heeft het de bijfunctie van controle, komt de ex-patient niet voor deze behandeling opdagen, dan is dit doorgaans een aanduiding van een terugval of inzinking
- 2) Dat 'anderen' dan de intramurale hulpverleners ook kan betekenen 'andere intramurale hulpverleners van het APZ-team' blijkt uit bijlage 7.1, overzicht 2
- 3) Deze gegevens (van 1980) komen redelijk goed overeen met hetgeen Peters aangeeft als belangrijkste nazorginstanties (Peters, 1984 37-39)
- 4) Tweederde van de nazorg door de huisarts bestond volgens de ex-patienten uit het verschaffen van medicijnen, bij de vrijgevestigde zenuwarts was dat eerderde, bij de polikliniek een tiende
- 5)  $p = 00$ , Cramér's  $V = 31$
- 6)  $p = 00$ ,  $\phi_H = 39$
- 7) Vanwege het gangbare taalgebruik zullen we regelmatig de term 'client' gebruiken voor de ex-psygiatrische patient in de nazorg, een ex-psygiatrische patient is voor hen niet altijd een speciale client Zie hiervoor N R C 11-7-'84
- 8) In de letterlijke tekst van de vraag is, om mogelijke ideologische discussies met de nazorg-hulpverleners te vermijden, steeds de term nabegleiding gebezigd
- 9) Niemand van de ex-patienten noemt de relatie met de polikliniek (tamelijk) slecht, 21 procent noemt die met de SPD wel zo
- 10)  $p = 01$ , Cramér's  $V = 15$
- 11)  $p = 03$ , Cramér's  $V = 19$
- 12)  $p = 00$ , Cramér's  $V = 21$
- 13)  $p = 02$ ,  $\phi_H = 16$
- 14)  $p = 01$ ,  $\phi_H = 31$

- 1) Uitgevoerd wordt hier zoals elders in dit onderzoek waar sprake is van een gezamenlijke multivariate analyse, een logit-analyse, gebruikmakend van het ECTA-computerprogramma
- 2) In hoeverre hier sprake is van 'wishful thinking' (noch patienten, noch hulpverleners hopen dat het gebeurt) konden we niet nagaan
- 3) Dit strookt met onze theoretische veronderstelling dat mensen in het algemeen pas een aantal maanden na belangrijke 'life events' zich van hun mogelijkheden op een reële wijze bewust worden
- 4) Uitgaand van een verzadigd logit-model voor heropname is steeds gezocht naar een zo zuinig mogelijk maar passend model voor de desbetreffende contingentie-tabel Als criterium voor het goed passen van het gekozen model is aangehouden dat de kans dat het verschil tussen geobserveerde en door dit model voorspelde frequenties (uitgedrukt in de aannemelijkheidsratio) toevallig is, groter moet zijn dan 15  
De conclusies zijn dus steeds gebaseerd op de frequenties die door het gekozen model voorspeld zijn Om interpretatie te vergemakkelijken zijn de geschatte A-effecten (notatie Goodman) in het gekozen model omgezet in Q-waarden De Q is een maat voor samenhang van twee dichotome (of gedichotomiseerde) variabelen, waarvan in ons geval de heropname steeds als afhankelijke variabele optreedt  
De Q varieert van +1 tot -1 en wordt door ons geïnterpreteerd als indicator van een sterk verband als  $Q > 30$  (Lammers 1984 8, 96)
- 5) Er wordt hier niet gesproken van een hulpverleningsplan omdat dat naar onze opvatting het totale pakket dat wil zeggen zowel de intra- als extramurale behandeling omvat (RIGG-idee), onze vraagstelling doelde daar niet op en gebruikte in de vraagstelling ook niet de daarbij behorende terminologie
- 6) Als de behandeling (volstrekt) nutteloos wordt gevonden, geldt dit met name voor hen die korter dan 3 maanden werden behandeld
- 7) De idee van De Swaan (1979) als zouden personen met een hogere opleiding eerder problemen signaleren niet omdat ze die hebben maar op grond van protoprofessionalisering, vindt in dit onderzoek geen ondersteuning Ervaring met problemen, met een terugval en met name met etikettering heeft deze groep naar eigen zeggen juist minder; zo heeft 19 procent van de hoger opgeleiden wel (eens) etikettering ervaren tegen 38 procent van de lager opgeleiden
- 8) Heropname binnen één jaar  $p = .00$ ;  $\phi = .24$

## BIBLIOGRAFIE



- Albin, R.S., 'Normal' personality has multiple self-concepts, in: *Psychiatric News*, 1981: 16, 11.
- Albinski, M. e.a., *Onderzoekstypen in de sociologie*, Assen, 1981.
- Allgrist, S., e.a., *Woman of Treatment*, New York, 1968.
- Alkemade, J.P., *Sociale achtergronden van psychiatrische patiënten; een dossieronderzoek (stageverslag)* S.I., Nijmegen, 1977.
- Alkemade, J.P., *Zelfredzaamheid... en zelfstandigheid? (doctoraalscriptie)* S.I. Nijmegen, 1978.
- Atkinson, R., *Current and emerging models of residential psychiatric treatment, with special reference to the Californian situation*, in: *An Journal of Psych.* 1975, pp. 391-396.
- Baker, R.J. en J.A. Nelden, *The GLIM System*, Oxford, 1978.
- Barton, R., *Institutional Neurosis (3e ed.)* Bristol, 1976.
- Basaglia, F. e.a., *Was ist Psychiatrie*, Frankfurt, 1974.
- Beek, H.H., *Waanzin in de Middeleeuwen; Beeld van de gestoorde en bemoeienis met de zieke (2e druk)* Hoofddorp, 1974.
- Beekers, M., *Verwijzen naar Goldsteintherapieën (interne publicatie Rijksuniversiteit van Limburg)*, Maastricht, 1982.
- Blalock, H.M., *Social statistics*, New York, 1979. 2e ed.
- Boissevain, J., & J. Mitchell, *Networkanalysis, Studies in Human Interaction*, Den Haag, 1973.
- Brown, E., *Schizophrenia and social Care*, London, 1966.
- Caplan, G., *Principles of preventive psychiatry*, New York/London, Basic Books, 1964.
- Caplan, G., *Support systems and community mental health*, New York, 1974.
- C.B.S., *Statistisch zakboek*, 's Gravenhage, 1982.
- Clausen, J.A., *Sociology and psychiatry in: 1977*, pp. 373-382.

Cockerham, W.C., Labeling theory and mental disorder; a synthesis of psychiatric and social perspectives in: N.K. Denzin: *Studies in Symbolic Interaction*, vol. 2, 1979, pp. 257-280.

Cooper, N., *Psychiatrie en anti-psychiatrie*, New York, 1968.

Corveleijn, J.: L. Goossens, D. Verstraeten, Goal attainment scaling by chronisch psychiatrische patiënten in het raam van medicamenten onderzoek in: M.G.V. 1978, pp. 262-275.

Coser, L.A., *Masters of sociological thought*. New York 1971.

Courant, *Nieuwe Rotterdamse Courant* 11-7-'84.

Cumming, E., & J. Cumming, *Closed Ranks*, Cambridge, Mass., 1957.

Dekker, E., Het gedwongen samengaan van overheid en geestelijke gezondheidszorg in: M.G.V. 1983, pp. 372-382.

Dohrenwend, B. & B. Dohrenwend, *Social status and Psychological Disorder*, New York, 1969.

Doorn, J.A. van, en C.J. Lammers, *Moderne sociologie*, Utrecht, 1962.

Egers, B. e.a., *Ex-psychiatrische patiënten en hun sociaal functioneren (stageverslag)* S.I. Nijmegen, 1975.

Elias, N., *Sociologie en psychiatrie* in: S.H. Foulkes and G. Steward Prince e.d.: *Psychiatry in a Changing Society*, London, 1969, pp. 123-156.

Esch, P. v.d., 150 jaar staatstoezicht op het krankzinnigenwezen. Deel I=II, 's-Gravenhage, 1975.

Fischer, C., *Networks and Places*, New York, 1977.

Fransen, M.J. en M. van Halen, *Te optimistisch... te pessimistisch? Een onderzoek naar de verwachtingen en ervaringen van ex-psychiatrische patiënten (stageverslag)* S.I. Nijmegen, 1977.

Freeman, H.E. en O. Simmons, *The mental patient comes home*, New York, 1962.

Freudenberg, R.K., *Das Anstaltssyndrom und seine Überwindung*, in: *Nervenarzt*, 1962 pp. 165-167.

Fromm, E., *Marx, Freud en de vrijheid*. Utrecht, 1978.

Gersons, B.P.R., Het lot van de chronische patiënt in de Verenigde Staten in M.G.V. 37, 20, pp. 1023-1036, 1982.

Gersons, B.P., Op weg naar de RIGG in: MGV 1983, pp. 184-386.

Giel, R., De keerzijde van het therapeutisch klimaat; paradoxen in de inrichtings-psychiatrie in: M.G.V. 36, 5, pp. 443-447, 1979.

Giel, R. en G.W. ten Horn, De verhouding tussen hulpvraag en aanbod; risicogroepen in de GGZ, in: *Tijdschrift voor Psychiatrie*, 1981, 23, pp. 504-521.



Giel, R , Onze moeite met moeilijke mensen, in: Tijdschrift voor Psychiatrie 1984: 244-261.

Gingerich W.J., e.a., A Behavioral Approach Toward the Labeling of Antisocial Behavior, in: Sociology and social research, 1977 204-222.

Godfroy, A.M., Interorganisatiele vraagstukken in de welzijnszorg, in: Sociologische gids, 1979/1: pp. 30-47.

Godijn, H P.M. (red.), Max Weber Zijn leven, werk en betekenis, Baarn, 1980.

Goffman, E , The moral career of the mental patient, in Psychiatry, 1959, vol. 22, pp. 123-142.

Goffman, E , Asylums Essays on the Social Situation of Mental Patients and Other Inmates, Middlesex, 1961

Goffman, E , The insanity of place, in. Psychiatry, 1969, pp. 366-388.

Goffman, E , Stigma, Notes on the management of spoiled identity, Englewood Cliffs, N J 1963.

Goldstein, R., Maximizing treatment gains, New York, 1979.

Goodman, R.A. en R. Fay, ECTA-program, description for users, Chicago, 1973.

Gove, W R , Societal Reaction as an Explanation of Mental-Illness. an Evaluation, in American Sociological Review, 1964, 35, pp. 871-884.

Gove, W R., Who is hospitalized. a critical review of some sociological studies of mental illness, in: Journal of Health and Human Behavior, no. 11 1970, pp. 294-304

Gove, W R , The stigma of mental hospitalization, in: Archives of General Psychiatry, no. 28, 1973, pp. 494-500.

Gove, W R., individual resources and mental hospitalization: a comparison and evaluation of the societal reaction and psychiatric perspectives, in: Am. soc. Rev. no 39, 1974, pp 86-100.

Gove, W.R., The labelling theory of mental illness: A reply to Scheff, in: American Sociological Review, 40, 1975a, 242-48

Gove, W.R., Introduction in: Walter Gove (ed.), Labelling Deviant Behavior; The Evaluation of a Perspective, New York, 1975b, pp. 9-34.

Gove, W R , Labelling and mental illness: A critique, in: Walter Gove (ed.), Labelling Deviant Behavior: The Evaluation of a Perspective, New York, 1975c, pp. 35-81.

Gove, W R , Reply to Imershein and Simons and Scheff in: American Sociological Review, 1976, 41, 564-567.

Gove, W.R., The labelling versus the Psychiatric Explanation of Mental Illness: A Debate That Has Become Substantively Irrelevant, in: Journal of Health and Social Behavior, 1979c, pp 301-304.

Gove, W R., Labelling theory's explanation of mental illness: an update of recent evidence, in: Deviant Behavior 1982, 3, pp 307-327.

Gove, W.R. & M.R. Geerken, Response Bias in Surveys of Mental Health; An Empirical Investigation in: A.J.S., 6, 1976/1977, pp. 1289-1317.

Graaf, H. de, Registratie kan als eerste stap voor het maken van beleid een bruikbaar middel zijn, in: Welzijnsweekblad, 28 maart 1980.

Gribbling, P.A., Polariteit en Polarisatie, Lochem, 1976.

Greenblatt, M. en E. Glazier, The phasing out of mental hospitals in the United States in: Am. Journal of Psych. 1975, pp. 1135-1140.

Gruenberg, E.M., The social breakdown syndrome-some origins, in: Am. Journal of Psych. 1967 pp. 12-20, 123.

Gurel, L., en T. Lorin, Hospital and community ratings of psychopathology as predictors of employment and readmission, in: Journal Consult. Clin. Psych. 1972, 39, pp. 286-29.

Haen, F. de, GGZ in getallen – 1980, NCGV-reeks, no. 40.

Hammel, J., Die Familie-Konstellation Schizophrener Patienten, in: Kölner Zeitschrift für Soziologie und Sozialpsychologie, 1973, pp. 439-448.

Hatfield, A.B., Psychological Costs of Schizophrenia to the family, in: Social Work, 1978, 5, pp. 355-359.

Haveman, M.L., De frequent opgenomen psychiatrische patiënt – draait de draaideur selectief? (I), in: Tijdsch. V. Psychiatrie, 1980, 3: pp. 199-208.

Haveman, M.J., De ontvolking van de psychiatrische staatsziekenhuizen in de V.S. in: M.G.V., 1982: 258-279.

Heide, T. van der & F. van Ree (1982), Een 'demokratisch psychiatrisch' alternatief voor psychiatrische ziekenhuizen?, in: Metamedica, 61, 12, pp. 338-350.

Heine, E.J. ter, Wat zijn psychosociale problemen, in: Gezondheid en Samenleving 1983, pp. 119-122.

Herz, M.I. & J. Endicott & R.L. Spitzer, Brief hospitalization of patients with families; initial results, in: A.J. Psych. 1975, 132, pp. 413-418;

Herz, M.I. & J. Endicott & R.L. Spitzer, Brief versus standard hospitalization; the families, in: A.J. Psych. 1976, 133, 795-801.

Herz, M.I. & J. Endicott & R.M. Gibbon, Brief hospitalization; two years follow-up, in: Arch. Gen. Psychiatry, 1979, 36, pp. 701-705.

Horn, S. ten, Nazorg geeft kopzorg, Groningen, 1982 (diss.).

Horwitz, A., Models, Muddles, and Mental Illness Labelling in: Health and Social Behavior, 1979, 20, 3, pp. 297-300.

Hoekstra, M., Registratie van hulpverlening, Utrecht, 1976.

Hoofddirectie, Geneeskundige - van de GGZ, Overzicht gegevens psychiatrische instellingen in Nederland 1979 's Gravenhage, 1982.

Hout, A.C. van den, Psychiatrische patienten en hun hulpverleners, in: Tijdschr. voor Psychiatrie, 1978, 4, pp. 230-241.

Hout, A.C. van den, Ex-psychiatrische patiënten en hun sociaal functioneren, in: Tijdschr. voor Psychiatrie, 1978, 11/12, pp. 643-652.

Hout, A.C. van den e a., Fenomenologisch onderzoek van de samenleving, Nijmegen, 1980.

Hout, A.C. van den, Was wird aus Menschen nach einen psychiatrischen Aufenthalt? Zur Frage der psychosozialen Unterstützung durch Professionelle und Laien in den Niederlanden in: M. Cramer (ed.) e.a.: Gemeinde Psychologische Perspektiven 4, Munchen, 1983, p. 232-239.

Hout, A.C. van den, Ontslagen uit het psychiatrisch ziekenhuis, in: Tijdschrift voor Psychiatrie, 1983, 2, pp. 97-113.

Hout, A.C. van den en F. Wester, De vragenlijst bevraagd, in: Sociale Wetenschappen 1977, 3/4, pp. 259-269.

Hout, A.C. van den en F. Wester, 'Wat vraag je me nou?' S.I. Nijmegen, 1978.

Horst, R. 'Een mislukt overleg', in: M.G.V., 1979/34, pp. 221-226.

Huize Padua, Beleidsnota, Boekel, 1983.

Isarin, J., Eigenwaan; psychiatrie als paradox, Amsterdam, 1984.

Jansen, L., Veelvuldig opgenomen psychiatrische patienten, in: M.G.V., jrg. 36, 4 (1981), p. 331.

Jenner, J.A., en F. Frets, De opname in het psychiatrisch ziekenhuis en ambulante crisisinterventie, in: Tijdschrift voor Psychiatrie, 1981/10: pp. 577-590, 587.

Jenner, J.A., & M.M. Nagels, De opnamestroom naar psychiatrische ziekenhuizen en de mogelijke invloed hierop van opname-voorkomende strategieën, Publicatienr. 50 Inst. Prev. en Soc. Psychiatrie EUR, 1983, Rotterdam.

Jong-Gierveld, J. de, De ongehuwden; een sociologisch onderzoek naar de levensomstandigheden van ongehuwde mannen en vrouwen, Alphen aan de Rijn, 1969.

Jonghe, F. de, Terug van weggeweest, Meppel, 1979 (diss.).

Kirk, S.A., Effectiveness of community services for discharged mental hospital patients, in: Am. J. Orthopsychiatry, 1976, pp. 646-659.

Klerck, J.M. de & C.J. Petersen & C.G. Diependaal, Diagnosecategorie I; psychische stoornissen en de WAO; een nadere beschrijving, in: Tijdschr. voor Sociale Gezondheidszorg, 1983, 13, pp. 434-440.

Knipscheer, C.P.M., Het primair sociaal netwerk van ouder wordende mensen; samenstelling, structuur en functies, Nijmegen, 1982. (intene publicatie)

Kouwenhoven, M., Therapeutische Contracten, in: Tijdschrift voor Psychiatrie 1977, pp. 577-590.

Kouwenhoven, M., Non...contracten en probleemoplossende sancties, in: Tijdschrift voor Psychiatrie 1984: pp. 574-591.

Kris, A. & L. Schiff & McLaughlin, Susceptibility to chronic hospitalization relative to age at first admission, in: Arch. Gen. Psychiat. 1971, 24, pp. 346-352.

Krul, J., Het wetsontwerp BOPZ in: Tijdschr. voor Psychiatrie, 1983, 6, pp. 337-339.

Laing, R.D., & A.E. Esterson, Sanity, madness and the family, New York, 1964.

Lammers, J. e.a., Explorerend gebruik van regressieanalyse, in: J. Lammers e.a.: Vaardigheidscursus data-analyse, ITS-SI-IVP, 1980.

Lammers, J., Tabelanalyse volgens multiplicatieve modellen gezien vanuit een causaal perspectief, Nijmegen 1984 (diss.).

Larkin, W.E. en L.A. Loman, Labeling in the family context; an experimental study, in: Sociology and Social Research, 1977, 61, pp. 192-203.

Lazarsfeld, P.F., Some remarks on the typological procedures in social research, in: Zeitschrift für Sozialforschung, 1937, pp. 119-139.

Linn, L., The mental hospital from the patient perspective, in: Psychiatry, 1968, 31, pp. 213-232.

Litt, A.C., Nieuwe Psychiatrie: een systeembenadering, Leiden/Antwerpen, 1978.

Marks, J., e.a., Predicting outcome in Schizophrenia, in: Journal of Abnorm. Soc. Psych., 1963, 66, pp. 117-127.

Mattes, J.A., The optimal length of hospitalization for psychiatric patients; a review of literature, in: Hospital & Community Psychiatry, 1982, 33.10, pp. 824-828.

Mayer, J., en A. Rosenblatt, Clash in perspective between mental patients and staff, in: American Journal of Orthopsychiatry, 1974, 44, pp. 432-441.

Miller, G.H., & B. Willer, Predictors of return to a psychiatric hospital, in: Journal Cons. Clin. Psychology, 1976, 44, pp. 898-900.

Nic, N.H., Statistical Package for the Social Sciences, New York, 1975.

Nunnally, J.C., Popular conceptions of mental health, New York, 1969.

Nijhof, G. en C. Hosman, Opvattingen van Nederlanders over ex-psychiatrische patiënten en over mensen die als psychisch gestoord worden geëtiketeerd, in: Tijdschr. voor Psychiatrie, 1980, 22, pp. 504-520.

Odegard, O., Patterns of discharge and readmission in Psychiatric Hospitals in Norway, 1926-1955, in: Ment. Hyg., 1961/45, pp. 184-193.

Oosterlee, M., De gedwongen opneming in de psychiatrische inrichting, scriptie in het kader van de cursus ziekenhuisbeleid, Wolfheze, 1974.

Ormel, J., Moeite met leven of een moeilijk leven, Groningen, 1980 (diss.).

Parsons, T., The Social System, Glencoe, 1951.

Paull, E., De glazen zee; voorgeschiedenis ter verdediging, Baarn, 1980.

Peters, L., De relatie tussen eerste lijns- en geestelijke gezondheidszorg in: M.G.V., 1984, 1, pp. 33-46.

Philips, D. & K. Clancy: Respons Biases in Field Studies of Mental Illness in: Am. Soc. Rev., 1970, 35, pp. 503-515.

Philips, D. & B. Segal, Sexual Status and Psychiatric Symptoms, in: Am. Soc. Rev., 1969, 34, pp. 58-72.

Pierloot, R.A., Veiligheid en stress in de maatschappij in: Tijdschrift voor Psychiatrie, 1978, 1, pp. 21-23.

Pilisuk, M. and Froland (1978), Kinship. Social Networks, Social Support and Health, in: Social Science and medicine, 1978, 15A, pp. 337-342.

Pols, J., Klinische psychiatrie in de tang; over het dilemma van behandelen en asyleren, in: Tijdschr. voor Psychiatrie, 1980, pp. 223-237.

Price, D.A., Normal functional and unhealthy? Fam. Coord. 1979, pp. 109-114.

Price, R.H. & B. Denner, The making of a mental patient, New York, 1973.

Ranek, J & Cl. G. Smith, Social Factors in Posthospital Adjustments, in: Human Relations, 1975, 1, pp. 23-47.

Redlich, F en S.R. Kellert, Trends in American Mental Health; in: Am. Journal of Psych. 1978, pp. 122-128, 135.

Reinhardt-Schnadt, H., Einstellung der Bevölkerung zu psychische Kranken. Eine Übersicht über empirische Einstellungsuntersuchungen, in: Kölner Zeitschrift für Soziologie und Sozial-psychologie, 1973/25, pp. 336-349.

Romme, M.A. & J.A. Scholte & J. Uffing, Langdurig verblijf in het Algemeen Psychiatrisch Ziekenhuis, Een vergelijkende studie, R.U.L. Maastricht, (1982).

Rosenblatt, D.S.W. & J.E. Mayer (1974), The Recidivism of Mental Patients; A review of past studies, in: An Journal of Orthopsychiatry, 1974, 44, pp. 697-706.

Rushing, W.A. & S.I. Ortega, Sociometric Status and Mental Disorder: New Evidence and a Sociomedical Formulation, in: American Journal of Sociology, 1979, pp. 1175-1200.

Scheff, Th., The Role of the mentally ill and the dynamics of Mental Disorder: A research Frame work, in: Sociometry, 1963a, pp. 436-453.

Scheff, Th. J., Social support for stereotypes of mental disorder, in: *Mental Hygiene*, 1963b, 47, pp. 461-469.

- Scheff, Th J , The societal reaction to deviance Ascriptive elements in the psychiatric screening of mental patients in a midwestern state, in *Social Problems*, 1964, 11, pp 401-413
- Scheff, Th J , *Being Mentally Ill*, Chigaco, 1966
- Scheff, Th J , The labelling theory of mental illness, in *American Sociological Review*, 1974a, 39, pp 444-452
- Scheff, Th J , Reply to Nettler, in *American Sociological Review*, 1974b, 39, pp 894-895
- Scheff, Th J , Reply to Chauncey and Gove, in *American Sociological Review*, 1975, 40, pp 252-257
- Scheff, Th J *Labelling Madness*, New Yersey, 1975
- Scheff, Th J Reply to Imershein and Simons, in *American Sociological Review*, 1976, 41, pp 563-564
- Scheff, Th J , Reply to comment by Horwitz, in *Journal of Health and Social Behavior*, 1979, p 305
- Scheffer, Wil & Ton van den Hout *Psychiatrische centra voor dag-, avond- en nachtbehandeling*, Nijmegen, 1981
- Scheffer, Wil en Ton van den Hout, *De verschillende vormen van psychiatrische dagbehandeling in M G V* 1983, pp 842-845
- Schreur, G H , *Op de drempel antwoord op de drempel*, S I Nijmegen, 1979
- Schudel, W J , *Opgenomen opgegeven? Een exploratief onderzoek naar het gebruik van bedden in psychiatrische ziekenhuizen*, Deventer, 1976 (diss )
- Schudel, W J , *Hoe ambulant is de AGGZ?*, 1979 in *M G V* 1979 10, pp 706-707
- Segal, S P , *Community care and deinstitutionalization, a review in Social Work*, 1979, 6, pp 521-527
- Segers, J H , *Sociologische Onderzoeksmethoden* Assen, 1977
- Serban, G & Chr B Gidynski, Significance of Social Demographic Data for Rehospitalization of Schizophrenic Patients, in *Journal of Health and Social Behavior*, 1974, 15, pp 117-126
- Shiloh, A , *Sanctuary or prison responses to life in a mental hospital*, in *Transaction*, 1968, 6, pp 28-35
- Spiegel, D E en P Keith-Spiegel, *Why we came back, a study of patients readmitted to a mental hospital*, in *Mental Hygiene*, 1969, 3, pp 433-437
- Spitzer, S P & N V Denzin (eds ), *The mental patient*, New York, 1968, pp 335-337
- Stal, P en W Scheffer, *Omgaan met problemen, Theorie en empirie over reactiewijzen van mensen op psycho-sociaal belastende omstandigheden, perspectieven voor onderzoek*, Nijmegen, 1982

Stal, P. en W. Scheffer, *Aspekten van probleemhantering*, Nijmegen, 1984.

Steadman, H.J., 'Critically' Reassessing the Accuracy of Public Perceptions of the Dangerousness of the Mentally Ill in: *Journal of Health and Social Behavior*, 1981, 22, pp. 310-316.

Stephens, J.H. Astrup, C. and J. Mangrus, Prognostic factors in recovered and deteriorated schizophrenics, in: *Follow-up studies*, 1966, pp. 1116-1121.

Swaan, A. de, in: Brinkgreve, C., J.H. Onland, A. de Swaan: *Sociologie van de psychotherapie; de opkomst van het psychotherapeutisch bedrijf*, Utrecht/Antwerpen, 1979.

Szasz, Th., *The myth of mental illness*, London, 1962.

Toelichting op de erkenningsnormen voor psychiatrische ziekenhuizen, den Haag, 1980.

Tudor, W.J. Tudor & W. Gove, The effect of sex role differences of the social reaction to mental retardation, in: *Social Forces*, 1979, 57, pp. 871-886.

Veer, van de G., *Onderzoek is nuttig, maar waarom ook weer?* in: *Intermediair*, 1977.

Vissers, W., *De P.A.A.Z. en haar ex-patiënten (stageverslag)* S.I. Nijmegen, 1977.

Vijscelaar, J., *Krankzinnigengesticht; Psychiatrische inrichtingen in Nederland 1880-1980*, Haarlem, 1982.

Weismann, M.M., The assesment of social adjustment; a review of techniques, in: *Arch. gen. Psychiatry*, 32, 1975, pp. 357-365.

Werkgroep rechtspositie patiënten in Psychiatrische Ziekenhuizen (Cie. van Dijk), *Rechtspositie patiënten in Psychiatrische Ziekenhuizen. Eindrapport en resultaten Enquête*, 's Gravenhage, 1980.

Wing, J.K. en G.W. Brown, *Institutionalism and Schizofrenia*, Cambridge, 1970.

Wiseman, F., Methodological bias in public opinion surveys in: *Public opinion Quarterly*, 1972, 3, pp. 105-108.

W.R.R.-rapport: *Herwaardering van welzijnsbeleid*, 's-Gravenhage 1982.

Zola. I.K., Culture and symptoms, an analysis of patients presenting complaints, in: *Social Science and Medicine*, 1975, pp. 83-87.

Zijdeveld, A.C., *Het ik van de gek*, in: *Sociale Wetenschappen*, 1981, 2, pp. 144-154.





## BIJLAGEN



AGGZ	Ambulante Geestelijke Gezondheidszorg
APZ	Algemeen Psychiatrisch Ziekenhuis
AT	Arbeidstherapie
AWBZ	Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten
AWW	Algemene WerkloosheidsWet
BIG	Beroepen Individuele Gezondheidszorg
BOPZ	Bijzondere Opnemingen in Psychiatrische Ziekenhuizen
COTG	Centraal Orgaan Tarieven Gezondheidszorg
COZ	Centraal Orgaan Ziekenfondsen
ECTA	Everyman's Contingency Table Analysis
GGZ	Geestelijke Gezondheidszorg
GHIGV	Geneeskundig Hoofinspectie van de Geestelijke Volksgezondheid
GVO	Gezondheids Voorlichting en Opvoeding
KLOZ	Kontaktorgaan Landelijke Organisaties van Ziektekostenverzekeraars (= samenwerkende particuliere verzekeringsmaatschappijen)
MOB	Medisch Opvoedkundig Bureau
MGV	Maandblad voor de Geestelijke Volksgezondheid
PIGG	Patiëntregistratie Intramurale Geestelijke Gezondheidszorg
PUK	Psychiatrische Universiteitskliniek
PZ	Provinciaal Ziekenhuis
RIAGG	Regionale Instelling Ambulante Geestelijke Gezondheidszorg
RIGG	Regionale Instelling Geestelijke Gezondheidszorg
RPI	Rijks Psychiatrische Inrichting
SGA	Sterk Gedragsgestoord en/of Agressief
TBR	Ter Beschikkingstelling van de Regering
WAO	Wet op de Arbeids Ongeschiktheid
WRR	Wetenschappelijke Raad voor het Regeringsbeleid
WTG	Wet op de Tarieven Gezondheidszorg
WVG	Wet op de Voorzieningen Gezondheidszorg



*Bijlage 2.1 — Overzicht van het personeel van de APZ-en in Nederland tussen 1974 en 1980*

*Overzicht 2.1 — Personeel omgerekend tot een volledige dagtaak en per 100 beschikbare bedden, per 31 december over de periode 1974-1979*

Personeelscategorie	1974	1975	1976	1977	1978	1979
algemeen personeel	26.9	27.9	28.8	29.2	29.2	29.6
gediplomeerd verpleegkundig en verzorgend personeel	15.6	17.5	19.1	21.4	23.3	25.0
leerling verpleegkundig en verzorgend personeel	21.5	21.9	22.8	21.9	20.3	20.3
ander verpleegkundig en verzorgend personeel	1.9	2.3	2.5	2.4	3.0	3.0
paramedisch en medisch hulp-personeel	10.2	10.6	11.2	11.5	11.4	11.5
medisch en sociaal wetenschappelijk personeel	2.6	2.9	3.2	3.5	3.7	3.9
stagiaires	1.9	1.7	0.7	0.5	0.6	0.5
<b>totaal personeel in loondienst</b>	<b>80.5</b>	<b>84.9</b>	<b>88.3</b>	<b>90.3</b>	<b>91.6</b>	<b>94.0</b>
<b>totaal personeel niet in loondienst</b>	<b>1.0</b>	<b>0.9</b>	<b>1.2</b>	<b>1.4</b>	<b>1.5</b>	<b>2.1</b>
<b>totaal personeel</b>	<b>81.5</b>	<b>85.8</b>	<b>89.5</b>	<b>91.7</b>	<b>93.7</b>	<b>96.1</b>

*Overzicht 2.2 — Personeel naar categorie uitgedrukt in indexcijfers (1975=100)  
over de periode 31-12-1974 t/m 31-12-1979*

Personeelscategorie	Indexcijfers per 31 december					
	1974	1975	1976	1977	1978	1979
algemeen personeel	97	100	101	100	99	100
gediplomeerd verpleegkundig en verzorgend personeel	89	100	107	116	125	134
leerling verpleegkundig en verzorgend personeel	98	100	102	95	87	87
ander verpleegkundig en ver- zorgend personeel	80	100	104	101	122	123
paramedisch en medisch hulppersoneel	96	100	103	103	101	101
medisch en sociaal weten- schappelijk personeel	89	100	108	113	120	125
stagiaires	114	100	42	27	35	29
totaal personeel niet in loon- dienst	115	100	133	149	153	215
<b>totaal personeel</b>	<b>95</b>	<b>100</b>	<b>102</b>	<b>102</b>	<b>102</b>	<b>105</b>

*Bijlage 2.2 — Nadere specificatie van de redenen van uitval bij de tweede en derde gegevensverzameling bij de ex-patiënten van de zeven APZ-en*

*1 Redenen van uitval in cijfers*

Weigering	– weigering het 2e interview toe te staan	6
	– interview afgebroken	15
onbereikbaar	– niet aanspreekbaar	7
	– (om diverse redenen) onbereikbaar	37
	– opgenomen in het ziekenhuis	2
	– in hechtenis, bij de politie	2
	– overleden	4
totaal		73

**2. Redenen van uitval naar inhoud**

- in huis van bewaring;
- weigering door moeder: wil geen herinneringen aan de tijd in het APZ;
- opgenomen in ziekenhuis;
- zonder specifieke reden: ziet het nut er niet van in;
- verhuisd naar Amerika: adres onbekend;
- geen gesprek mogelijk met respondent: weigert alle hulp en medicijnen;
- elders in psychiatrische inrichting: onbekend in welke inrichting;
- in hechtenis genomen door de politie;
- onbereikbaar;
- totaal verwilderd: niet mee te praten;
- te emotioneel;
- verbitterd over behandeling;
- volledig aan de drank;
- zegt nooit toestemming gegeven te hebben voor tweede gesprek;
- wil alleen terug naar het APZ.

**Bijlage 2.3 — Frequenties naar demografische kenmerken van de ex-patiënten over drie gegevensverzamelingen op basis van de registratiekaartgegevens**

<i>Geslacht</i>	Ontslagmeting		Na 3/4 maanden		Na 6/8 maanden	
	abs	%	abs	%	abs	%
man	269	(52)	209	(50)	180	(51)
vrouw	245	(47)	202	(49)	169	(48)
niet ingevuld	3	(1)	3	(1)	3	(1)
<b>totaal</b>	<b>517</b>	<b>(100)</b>	<b>414</b>	<b>(100)</b>	<b>352</b>	<b>(100)</b>

<i>Burgerlijke staat</i>	Ontslagmeting		Na 3/4 maanden		Na 6/8 maanden	
	abs	%	abs	%	abs	%
ongetrouwd	212	(41)	164	(40)	136	(39)
getrouwd	215	(42)	182	(44)	157	(45)
getrouwd geweest	88	(17)	67	(16)	58	(16)
niet ingevuld	2	(0)	1	(0)	1	(0)
<b>totaal</b>	<b>517</b>	<b>(100)</b>	<b>414</b>	<b>(100)</b>	<b>352</b>	<b>(100)</b>

<i>Nationaliteit</i>	Ontslagmeting		Na 3/4 maanden		Na 6/8 maanden	
	abs	%	abs	%	abs	%
nederlandse	503	(97)	406	(98)	346	(98)
buitenlandse	10	(2)	5	(1)	3	(1)
stateloos	1	(0)	0	(0)	0	(0)
niet ingevuld	3	(1)	3	(1)	3	(1)
<b>totaal</b>	<b>517</b>	<b>(100)</b>	<b>414</b>	<b>(100)</b>	<b>352</b>	<b>(100)</b>



<i>Vooropleiding</i>	Ontslagmeting		Na 3/4 maanden		Na 6/8 maanden	
	abs	%	abs	%	abs	%
Geen	1	(0)	1	(0)	1	(0)
buitengewoon lager onderwijs	20	(4)	17	(4)	12	(4)
basisonderwijs	170	(33)	132	(32)	108	(31)
lager algemeen vormend onderwijs	7	(1)	7	(2)	7	(2)
lager beroepsonderwijs	141	(27)	111	(27)	97	(28)
middelbaar algemeen vormend	69	(13)	(55)	(13)	47	(13)
middelbaar beroepsonderwijs	35	(7)	32	(8)	(29)	(8)
voorbereidend wetenschappelijk onderwijs	12	(2)	7	(2)	7	(2)
wetenschappelijk onderwijs	8	(2)	6	(1)	4	(1)
hoger algemeen vormend onderwijs	11	(2)	10	(2)	8	(2)
hoger beroepsonderwijs	31	(6)	25	(6)	21	(6)
niet ingevuld	12	(2)	11	(3)	10	(3)
<b>totaal</b>	<b>517</b>	<b>(100)</b>	<b>414</b>	<b>(100)</b>	<b>352</b>	<b>(100)</b>

<i>Leeftijd in jaren</i>	Ontslagmeting		Na 3/4 maanden		Na 6/8 maanden	
	abs	%	abs	%	abs	%
< 30	124	(24)	96	(23)	80	(23)
30-44	192	(37)	152	(37)	131	(37)
45-66	201	(39)	166	(40)	102	(29)
<b>totaal</b>	<b>517</b>	<b>(100)</b>	<b>414</b>	<b>(100)</b>	<b>352</b>	<b>(100)</b>

<i>Inkomensbron</i>	Ontslagmeting		Na 3/4 maanden		Na 6/8 maanden	
	abs	%	abs	%	abs	%
uit arbeid	140	(27)	110	(27)	95	(27)
uitkeringsafhankelijk (WW, WAO, Pensioen)	179	(35)	137	(33)	110	(31)
anders	66	(13)	53	(13)	47	(13)
huisvrouw	120	(23)	103	(25)	91	(26)
onbekend	12	(2)	11	(3)	9	(3)
<b>totaal</b>	<b>517</b>	<b>(100)</b>	<b>414</b>	<b>(100)</b>	<b>352</b>	<b>(100)</b>

**Bijlage 2.4 — Respons per APZ naar ex-patiënten en hulpverleners (in %)**

APZ	Respons op het ont- slagmoment		Respons na 3/4 maanden		Respons na 6/8 maanden	
	Patiënten	Hulpverleners	Patiënten	Hulpverleners	Patiënten	Hulpverleners
Raalte	28	28	30	30	29	28
Wolfheze	10	10	10	11	9	10
Warnsveld	24	24	25	25	26	26
Deventer	5	5	5	4	5	4
Ermelo	15	15	13	12	13	12
Venray	10	10	9	9	10	9
Boekel	8	8	8	9	8	11
Totaal	100 (517)	100 (515)	100 (414)	100 (313)	100 (352)	100 (212)

***Bijlage 2.5 — Frequenties naar klinische kenmerken van de ex-patiënten over drie dataverzamelingen***

<i>Diagnose</i>	Ontslagmeting		Na 3/4 maanden		Na 6/8 maanden	
	%	(abs)	%	(abs)	%	(abs)
psychose	46	236	45	188	46	160
neurose	40	205	41	169	40	142
verslavingen	8	41	7	30	7	26
overige diagnoses	7	35	7	37	7	24
<b>Totaal</b>	<b>100</b>	<b>517</b>	<b>100</b>	<b>414</b>	<b>100</b>	<b>352</b>

<i>Verblijfsduur</i>	Ontslagmeting		Na 3/4 maanden		Na 6/8 maanden	
	%	(abs)	%	(abs)	%	(abs)
< 2 maanden	31	162	29	121	29	101
2 - 6 maanden	37	192	39	159	37	130
6 mnd - 2 jr	27	137	27	113	29	102
> 2 jaar	5	26	5	21	5	19
<b>Totaal</b>	<b>100</b>	<b>517</b>	<b>100</b>	<b>414</b>	<b>100</b>	<b>352</b>

<i>Eerdere opname</i>	Ontslagmeting		Na 3/4 maanden		Na 6/8 maanden	
	%	(abs)	%	(abs)	%	(abs)
eerste opname	47	244	47	193	47	167
eerdere opname	53	273	53	221	53	184
<b>Totaal</b>	<b>100</b>	<b>517</b>	<b>100</b>	<b>414</b>	<b>100</b>	<b>352</b>

<i>Heropname binnen 1 jaar</i>	Ontslagmeting		Na 3/4 maanden		Na 6/8 maanden	
	%	(abs)	%	(abs)	%	(abs)
wel	28	147	31	128	28	97
niet	72	360	69	286	72	255
<b>Totaal</b>	<b>100</b>	<b>517</b>	<b>100</b>	<b>414</b>	<b>100</b>	<b>352</b>

*Bijlage 2.6 — Frequenties naar kenmerken van de 'respons'-groep (bij de eerste gegevensverzameling), de 'uitvallers' en de landelijke gegevens (PIGG-gegevens) van dezelfde periode*

<i>Geslacht</i>	Response %	Uitval %	PIGG %
man	52	52	51
vrouw	47	48	49
niet ingevuld	1	0	–
<b>totaal</b>	<b>100 (517)</b>	<b>100 (518)</b>	<b>100 (8200)</b>

<i>Burgerlijke staat</i>	Response %	Uitval %	PIGG %
ongetrouwd	41	39	42
getrouwd	42	42	40
gescheiden	11	10	14
weduwstaats	6	8	4
niet ingevuld	0	1	0
<b>totaal</b>	<b>100 (517)</b>	<b>100 (518)</b>	<b>100 (8200)</b>

<i>Nationaliteit</i>	Response %	Uitval %	PIGG %
nederlands	97	98	97
buitenlands	2	2	3
stateloos	0	–	0
niet ingevuld	1	0	0
<b>totaal</b>	<b>100</b>	<b>100</b>	<b>100 (8200)</b>

*Vervolg — Bijlage 2.6*

<i>Adres na ontslag</i>	<i>Response %</i>	<i>Uitval %</i>	<i>PIGG %</i>
alleenwonend	20	15	25
pension/kosthuis	5	4	5
ouderlijk huis	13	14	17
eigen gezin	41	31	40
pleeggezin	0	–	–
gastgezin	2	2	1
psych afd Alg Ziekenhuis	–	0	–
verpleeghuis	1	5	
verpleeghuis eigen instelling	–	0	
psych ziekenhuis	–	2	
zwakzinnigen inrichting	0	0	
semimurale voorziening	1	0	
algemeen ziekenhuis	–	1	–
anders	–	–	10
onbekend	–	–	2
<b>totaal</b>	<b>100 (517)</b>	<b>100 (518)</b>	<b>100 (8200)</b>

<i>Opleidingsniveau</i>	<i>Respons %</i>	<i>Uitval %</i>	<i>PIGG %</i>
geen	0	1	1
buitengewoon lager onderwijs	4	3	3
basisonderwijs	33	37	30
lager algemeen vormend onderwijs	1	1	3
middelbaar algemeen vormend onderwijs	13	11	15
hoger algemeen vormend onderwijs	2	3	5
voorbereidend wetensch onderwijs	2	3	5
wetenschappelijk onderwijs	2	3	3
lager beroepsonderwijs	27	24	23
middelbaar beroepsonderwijs	7	3	5
hoger beroepsonderwijs	6	5	4
niet ingevuld	2	7	6
<b>totaal</b>	<b>100 (517)</b>	<b>100 (518)</b>	<b>100 (8200)</b>

*Vervolg — Bijlage 2.6*

<i>juridische situatie bij opname</i>	Respons %	Uitval %	PIGG %
opgenomen zonder rechterlijke maatregel	76	80	82
opgenomen krachtens inbewaringstelling	16	12	12
opgenomen krachtens machtiging burgerlijke rechter	7	7	6
niet ingevuld	1	1	
<b>totaal</b>	<b>100 (517)</b>	<b>100 (518)</b>	<b>100 (8200)</b>

*Bijlage 2.7 — Frequenties naar achtergrondkenmerken van de ex-patiënten bij de eerste dataverzameling en de landelijke gegevens van dezelfde periode in 1979-1980 (in %)*

<i>Bron van inkomen</i>	<i>Respons %</i>	<i>PIGG %</i>
arbeidsproces	25	25
studerend	2	4
huisvrouw (man)	23	21
WW/wachtgeld	4	8
pensioen	3	2
AAW/WAO	28	30
anders	13	5
niet ingevuld	2	5
<b>totaal</b>	<b>100 (517)</b>	<b>100 (8200)</b>
<i>Aanvrager voor de opname</i>	<i>Respons %</i>	<i>PIGG %</i>
huisarts	43	28
vrijgevestigd zenuwarts	15	6
andere arts	4	3
eigen polikliniek van APZ	13	11
andere polikliniek	1	1
APZ	1	2
SPD	9	30
anders (o a eigen verzoek)	12	11
niet ingevuld	2	5
anders	—	13
<b>totaal</b>	<b>100 (517)</b>	<b>100 (8200)</b>

*Vervolg — Bijlage 2.7*

<i>Begeleiding na ontslag</i>	<i>Respons %</i>	<i>PIGG %</i>
huisarts	22	20
vrijgevestigd zenuwarts	2	2
polikliniek eigen ziekenhuis	32	36
dagbehandeling psych ziekenhuis	8	5
sociaal psychiatrische dienst	20	23
anders	11	6
geen	5	8
<b>totaal</b>	<b>100 (517)</b>	<b>100 (8200)</b>

<i>Suicide poging</i>	<i>Respons %</i>	<i>PIGG %</i>
wel	3	6
niet	97	90
onbekend	–	4
<b>totaal</b>	<b>100 (517)</b>	<b>100 (8200)</b>

<i>Opname op grond van crimineel gedrag</i>	<i>Respons %</i>	<i>PIGG %</i>
ja	4	2
nee	86	94
niet ingevuld	10	4
<b>totaal</b>	<b>100 (517)</b>	<b>100 (8200)</b>



<i>Verblijfsduur</i>	<b>Respons %</b>	<b>PIGG %</b>
0-2 weken	6	20
2 weken-1 maand	10	13
1-3 maanden	29	29
3-6 maanden	23	17
6-12 maanden	18	12
1-2 jaar	9	5
2-3 jaar	2	2
3-4 jaar	1	1
4-5 jaar	1	0
5-10 jaar	2	0
10-15 jaar	0	1
15-20 jaar	0	0
<b>totaal</b>	<b>100 (517)</b>	<b>100 (8200)</b>

<i>Leeftijd</i>	<b>Respons %</b>	<b>PIGG %</b>
< 20 jaar	3	4
20-30	24	28
30-40	22	27
40-50	27	20
50-60	16	17
60-65	4	4
> 65 jaar	4	—
<b>totaal</b>	<b>100 (517)</b>	<b>100 (8200)</b>



*Bylage 3 I — Samenhang tussen de patientgebonden kenmerken op basis van significantie (p-waarde) en relevantie (Cramér's V of Kendall's tau)*

	Geslacht	Opleiding	Burgerlijke staat	Inkomen	Leeftijd	Sociaal niveau	Diagnose
opleiding	n s*	X					
burgerlijke staat	p= 00 V= 21	p= 00 V= 14	X				
inkomen	p= 00 V= 59	p= 00 V= 15	p= 00 V= 38	X			
leeftijd	n s	p= 01 V= 11	p= 00 V= 34	p= 00 V= 24	X		
sociaal niveau	n s	p= 00 tau= 45	n.s	n s	n s	X	
diagnose	p= 00 V= 24	n s	p= 00 V= 13	p= 00 V= 15	n s	p= 03 V= 11	X
eerdere opname	n s	n s	n s	p= 00 V= 23	n s	n s	p= 00 V= 28

\* n s = niet significant en derhalve ook niet relevant



*Bylage 4.1 — Samenhang tussen patientgebonden kenmerken enerzijds en diagnose en eerdere opname anderzijds op basis van significantie (p-waarde) en relevantie (Cramér's V)*

	diagnose	eerdere opname
geslacht	p= 00 V= 24	n s
burgerlijke staat	p= 00 (V= 13)	n s
opleiding	n s	n s
inkomen	p= 00 V= 15	p= 00 V= 23
leeftijd	n s	n s
diagnose	X	p= 00 V= 28

## Bylage 4.2 — Demografische gegevens en variabelen rond de opname

	<i>patiënt is opgenomen uit andere voorziening, zo ja, waaruit?</i>	<i>zo nee, waaruit dan?</i>	<i>aanvrager voor de opname</i>	<i>juridische situatie rond de opname</i>	<i>reeds eerder hulpver- leningservaring buiten het APZ</i>	<i>anderen waren voor eerdere opname</i>	<i>anderen waren tegen eerdere opname</i>	<i>patiënt heeft zelf om de opname gevraagd</i>	<i>patiënt was het indertijd met de opname eens</i>	<i>opname was volgens hulpverleners echt vrij- willig en niet onder druk</i>	<i>vrijwilligheidsschaal</i>
geslacht	n s	n s	p= 00 V= 18	p= 00 (V= 13)	p= 00 V= 18	n s	n s	n s	n s	n s	n s
burgerlijke staat	p= 01 (V= 13)	n s	n s	n s	n s	n s	p= 00 V= 15	n s	n s	n s	n s
opleiding	n s	n s	p= 00 V= 20	n s	n s	n s	p= 01 (V= 13)	n s	n s	p= 00 (V= 14)	n s
inkomen	p= 00 V= 16	n s	p= 00 V= 32	p= 01 (V= 13)	n s	n s	p= 05 (V= 13)	n s	n s	n s	n s
leeftijd	n s	n s	p= 00 V= 37	n s	n s	n s	n s	n s	n s	n s	n s
diagnose	n s	n s	n s	n s	p= 00 V= 26	n s	n s	n s	p= 01 (V= 13)	p= 00 V= 18	p= 00 V= 16
reeds eerder op- genomen geweest	n s	n s	n s	p= 00 (V= 14)	n s	n s	n s	p= 00 (V= 14)	n s	n s	n s

### Bijlage 5.1 — Behandelaspecten en demografische kenmerken, diagnose, eerdere opname en behandelduur

	Behandelduur	Was patiënt gemoti- veerd vlg. hulpver- lener	Behandelplan opge- steld vlg. patiënt	Behandelplan opge- steld vlg. hulpver- lener	Meebeslissen in de behandeling vlg. patiënt	Behandeling vooral medicamenten vlg. hulpverlener	Behandeling vooral anders medisch vlg. hulpverlener	Behandeling vooral psycho-therapeutisch vlg. hulpverlener	Vooral relationele therapie vlg. hulp- verlener	Vooral activerende therapieën vlg. hulpverlener	Vooral sociale begeleiding	Vooral assertiviteits training vlg. hulpverlener	Doel van de behan- deling volgens de patiënt	Doel van de behande- ling volgens de hulpverlener	Gezinsleden betrokken bij de behandeling vlg. patiënt	Familieleden	Vrienden e.a.
geslacht	p= 00 V= 12	n.s.	n.s.	n.s.	p= 02 (V= 13)	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.	p= 00 phi= 15	n.s.	n.s.	p= 00 V= 19	n.s.	n.s.	n.s.
burgerlijke staat	p= 01 V= 23	n.s.	n.s.	n.s.	p= 01 (V= 13)	n.s.	n.s.	n.s.	p= 00 V= 17	n.s.	p= 00 V= 18	n.s.	n.s.	n.s.	p= 00 V= 45	p= 00 V= 20	n.s.
opleiding	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.	p= 00 V= 15	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.	p= 00 V= 15	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.
inkomen	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.	p= 00 V= 20	n.s.	n.s.	p= 00 V= 18	n.s.	p= 00 V= 20	p= 00 (V= 14)	n.s.	n.s.	p= 00 V= 26	n.s.	n.s.
leeftijd	n.s.	p= 00 V= 16	n.s.	n.s.	n.s.	p= 00 V= 19	p= 00 V= 18	n.s.	n.s.	n.s.	p= 00 V= 15	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.
diagnose	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.	p= 00 V= 27	n.s.	p= 01 (V= 13)	p= 00 V= 17	n.s.	n.s.	p= 04 (V= 11)	n.s.	n.s.	p= 00 (V= 13)	p= 00 (V= 14)	n.s.
eerdere opname	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.	p= 00 phi= 21	n.s.	n.s.	p= 00 (V= 13)	n.s.	n.s.	p= 00 V= 16	n.s.	p= 00 (V= 13)	n.s.	n.s.	n.s.
duur van behandeling		p= 00 V= 16	n.s.	p= 00 V= 40	n.s.	n.s.	p= 00 V= 16	p= 00 V= 15	p= 00 V= 26	p= 00 V= 21	p= 00 V= 24	n.s. V= 22	n.s.	n.s.	p= 00 V= 20	n.s.	

In het onderzoek naar de situatie van ex-psychiatrische patiënten zijn aan de respondenten op drie meetmomenten (bij het ontslag, drie maanden na het ontslag en zes maanden na het ontslag) een zestal uitspraken voorgelegd, welke tesamen de SAS-schaal vormen (zie overzicht 5.1). De antwoordschaal zag er als volgt uit:

- helemaal eens (1)
- eens (2)
- noch eens noch oneens (3)
- oneens (4)
- helemaal oneens (5).

Naar onze mening spannen deze zes uitspraken niet zozeer het concept sociale aanpassing alswel het concept maatschappelijke weerbaarheid op. Vijf van deze uitspraken (zie par. 5.2.4) blijken een redelijk betrouwbare (Cronbach's  $\alpha = .65$ ) additieve schaal te vormen voor de ontslagpopulatie. De eis voor sommeerbaarheid (relatief hoge rest-totaalcorrelaties) is bepaald via het computerprogramma ITEMSOM (Kunst) en ter bepaling van Cronbach's  $\alpha$  is gebruik gemaakt van SPSS-Reliability. De betrouwbaarheidscoëfficiënten van de maatschappelijke weerbaarheidsschaal voor de drie meetmomenten, alsmede de frequentiebepalingen van de gecategoriseerde somscores (5-10 = nauwelijks weerbaar; 11-15 = weinig weerbaar; 16-20 = weerbaar; 21-25 = zeer weerbaar) zijn weergegeven in overzicht 5.17.



**Bijlage 5.3 — Behandelevaluatie en afsluiting van de behandeling en demografische kenmerken, diagnose, eerdere opname en behandelduur**

	heeft de patiënt de behandeling als nut- tig ervaren	idem volgens de hulp- verlener	werd de patiënt volgens hemzelf voorbereid op problemen	idem volgens de hulp- verlener	is de patiënt volgens hemzelf tegem de oes- te problemen opgewassen	idem volgens de hulp- verlener	heeft de patiënt zelf het gevoel beter te zijn	wat is vgl. de hulpverle- ner het niveau van psychos- ociaal functioneren bij het ontslag	weerbaarheid bij het ont- slag volgens patiënt	weerbaarheid bij het ont- slag volgens hulpverlener	patiënt keer naar huis terug	patiënt gaat naar een ge- zinstructuur of niet	de behandeling is door de patiënt voortijdig gestopt	patiënt heeft de ontslagdatum zelf bepaald	familie wordt gevraagd toe- zicht te houden op nakomen van afspraken
geslacht	n.s	n.s	n.s	n.s	n.s	n.s	n.s	p= 00 (V= 13)	n.s	n.s	n.s	p= 00 V= 15	n.s	n.s	n.s
burgerlijke staat	p= 00 (V= 14)	n.s	n.s	n.s	n.s	n.s	n.s	p= 00 V= 16	n.s	n.s	p= 00 V= 21	p= 00 V= 37	n.s	n.s	p= 00 V= 22
opleiding	n.s	n.s	n.s	n.s	n.s	n.s	n.s	n.s	n.s	n.s	n.s	n.s	n.s	n.s	n.s
inkomen	p= 00 V= 16	n.s	p= 00 V= 15	n.s	n.s	n.s	n.s	n.s	n.s	n.s	p= 00 V= 19	p= 00 V= 28	n.s	n.s	p= 00 V= 15
leeftijd	p= 00 V= 17	n.s	n.s	n.s	n.s	n.s	n.s	p= 00 (V= 14)	n.s	n.s	p= 00 (V= 12)	n.s	p= 00 V= 15	n.s	n.s
diagnose	n.s	n.s	n.s	n.s	n.s	n.s	p= 00 V= 17	n.s	n.s	n.s	n.s	p= 00 (V= 12)	p= 02 (V= 12)	p= 00 V= 15	p= 00 (V= 13)
eerdere opname	n.s	n.s	n.s	n.s	n.s	n.s	n.s	n.s	n.s	p= 05 (V= 12)	n.s	n.s	n.s	n.s	p= 00 (V= 14)
duur van de behandeling	p= 00 V= 26	n.s	p= 00 V= 25	n.s	n.s	n.s	n.s	n.s	n.s	p= 00 V= 15	p= 00 V= 27	n.s	p= 00 V= 21	p= 00 (V= 12)	p= 00 (V= 11)



*Bijlage 6.1 — Woon-, werk- en leefsituatie naar demografische en klinische kenmerken*

	Weten veel mensen van de opname?	Gaat U na het ontslag terug naar huis?	Woonsituatie na het ontslag alleen of gezinsstructuur?	Lieten relaties merken, dat ze van de opname af wisten?	- huisgenoten	- familie	- vrienden	Is contact door APZ-verblijf beter of slechter geworden?	Te vroeg ontslagen	- volgens huisgenoten	familie	- vrienden	Wel werk, maar niet hetzelfde werk als bij opname	Werkverlies bij ontslag vergeleken bij opname moment
geslacht	n s	n s	n s	n s	n s	n s	n s	n s	n s	n s	n s	n s	n s	p = 00 V = 44
burgerlijke staat	n s	p = 00 (V = 13)	p = 00 V = 51	n s	n s	n s	n s	p = 00 V = 22	n s	p = 01 V = 15	n s	n s	n s	p = 00 V = 26
opleiding	n s	n s	p = 00 V = 19	n s	n s	n s	n s	n s	n s	p = 05 (V = 13)	n s	n s	n s	p = 00 V = 20
inkomen	p = 05 (V = 11)	p = 00 V = 19	p = 00 V = 34	n s	n s	p = 05 (V = 14)	n s	n s	n s	n s	n s	n s	n s	p = 00 V = 37
leeftijd	n s	p = 00 (V = 11)	n s	n s	n s	p = 03 (V = 13)	n s	n s	n s	n s	n s	n s	n s	p = 00 V = 23
behandelduur	p = 00 (V = 14)	p = 00 V = 27	p = 00 V = 19	p = 05 (V = 14)	p = 02 V = 15	n s	n s	n s	n s	n s	n s	n s	n s	p = 00 V = 16
diagnose	n s	n s	n s	n s	p = 00 V = 16	n s	n s	n s	n s	n s	n s	n s	n s	n s
eerste of eerdere opname	n s	n s	n s	n s	n s	n s	n s	n s	n s	n s	n s	n s	n s	p = 02 V = 17

**Bijlage 6.2 — Terugvalverwachting van APZ- en AGGZ-hulpverleners in de nazorg en terugvalervaring van de ex-patiënten**

		ex-patient ervaring		
		wel terugval	geen terugval	totaal
APZ verwachting	wel terugval	17 (22)	23 (30)	30 (52)
	geen terugval	13 (17)	47 (61)	60 (78)
	totaal	30 (39)	70 (91)	100 (130)
p = .02, phi = .22				
		ex-patiënt-verwachting		
		wel terugval	geen terugval	totaal
AGGZ-verwachting	wel terugval	32 (28)	19 (17)	51 (45)
	geen terugval	11 (10)	38 (33)	49 (43)
	totaal	43 (38)	57 (50)	100 (88)
p = .00, phi = .39				

**Bijlage 6.3.1 — Terugvalverwachting en terugvalervaring van de ex-patiënten in de zes maanden volgend op het ontslag**

Terugvalverwachting bij ontslag	Terugvalervaring na 3 maanden	Terugvalervaring na 6 maanden	N	%
Nee (= geen terugval)	ja (= wel ervaren)	ja (= idem)	31	9,1
nee	ja	nee	41	12,1
nee	nee	ja	20	5,9
nee	nee	nee	107	32
ja	ja	ja	39	11,5
ja	ja	nee	27	7,9
ja	nee	ja	17	5,0
ja	nee	nee	46	13
weet niet	nee	nee	5	2
weet niet	ja	ja	4	1,2
weet niet	nee	ja	3	0,9
weet niet	ja	nee	1	0,3
Totaal			340	100

***Bijlage 6.3.2 — Terugvalverwachting van de hulpverleners en terugvalervaring van de ex-patiënten in de zes maanden volgend op het ontslag***

Terugvalverwachting bij ontslag	Terugvalervaring na 3 maanden	Terugvalervaring na 6 maanden	N	%	
Nee (= geen terugval)	ja (= wel ervaren)	ja (= idem)	50	14,7	
nee	ja	nee	56	16,5	39
nee	nee	ja	27	7,9	
nee	nee	nee	122		36
ja	ja	ja	15	4,4	
ja	ja	nee	9	2,6	9
ja	nee	ja	8	2,4	
ja	nee	nee	22		7
weet niet	nee	nee	13		4
weet niet	ja	ja	9	2,6	
weet niet	nee	ja	5	1,5	5
weet niet	ja	nee	4	1,2	
Totaal			340		100

# Bijlage 6.4 — Probleem voorbereiding naar demografische en klinische kenmerken

	stress, eenzaamheid	reactie soc. omgeving	zelfstandig wonen	moelijkheden met nazorg	seculere problemen	omgeving niet, ex-patiënt wel veranderd	omgeving weet niet h. ex-patiënt is veranderd	elketeringervaring	stress, eenzaamheid	reactie soc. omgeving	zelfstandig wonen	moelijkheden met nazorg	seculere problemen	omgeving niet, ex-patiënt wel veranderd	omgeving weet niet hoe ex-patiënt is veranderd tussen 0 en 3 maanden problemen gehad
	Volgens ex-patiënt voorbereid op							Volgens hulpverlener is ex-patiënt voorbereid op							
geslacht	n.s.	p = 01 (V= 12)	n.s.	p = 01 (V= 12)	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.
burgerlijke staat	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.	p = 01 V = 13	n.s.	n.s.
opleiding	p = 00 V = 18)	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.	p = 03 (V= 12)	p = 00 V = 15	n.s.	n.s.	p = 01 (V= 13)
inkomen	n.s.	p = 00 V = 18	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.	p = 05 (V= 12)	p = 01 (V= 14)	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.	p = 00 V = 16
leeftijd	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.	p = 05 (V= 11)	p = 02 (V= 12)	n.s.	p = 00 (V= 14)	p = 01 (V= 13)	p = 03 (V= 11)	p = 00 (V= 11)
behandelduur	p = 00 V = 24	p = 00 V = 21	p = 00 V = 29	n.s.	p = 00 V = 16	p = 00 V = 18	p = 00 V = 17	p = 00 V = 25	p = 00 V = 25	p = 00 V = 18	p = 00 V = 23	n.s.	n.s.	p = 00 V = 17	p = 00 V = 19
diagnose	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.	p = 05 (V= 11)	p = 04 (V= 11)	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.	p = 03 (V= 12)	n.s.	n.s.	p = 00 V = 17
eerste of eerdere opname	n.s.	p = 00 phi= 16	n.s.	n.s.	n.s.	p = 03 (phi= 10)	p = 00 (phi= 13)	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.

*Bijlage 6.5 — Specifieke problemen naar demografische en klinische kenmerken*

[illegible]



*Bijlage 6.6 — Variabelen rond de verbetering van de ex-patiënten naar klinische kenmerken*

	ex-patient acht zich bij ontslag sterk verbeterd	ex-patient acht zich na 3 maanden sterk verbeterd	ex-patient acht zich na 6 maanden sterk verbeterd	hoe voelt een ex-patient zich 3 maanden na het ontslag	hoe voelt een ex-patient zich 6 maanden na het ontslag	hoe voelt de ex-patient zich bij ontslag volgens hulpverleners	hoe voelt de ex-patient zich in de 3 maanden na het ontslag volgens hulpverlener	hoe voelt ex-patient zich 6 maanden na het ontslag volgens de hulpverlener	ex-patient voelt zich voortdurend beter	ex-patient is volgens hulpverlener voortdurend beter	ex-patient heeft voortdurend het gevoel beter te zijn
behandelduur	n.s	n.s	n.s	n.s	n.s	p = .00 V = .15	n.s	n.s	n.s	n.s	n.s
diagnose	n.s	n.s	p = .00 V = .16	p = .00 V = .25	p = .04 V = .15	p = .00 V = .17	n.s	p = .02 V = .20	p = .01 V = .15	n.s	p = .00 V = .17
eerste of eerdere opname	n.s	n.s	n.s	n.s	n.s	n.s	n.s	n.s	n.s	n.s	n.s



**Bijlage 7.1 — Afspraken met betrekking tot medicijnen en poliklinische controle (volgens de intramurale hulpverleners) (in %)**

afspraak over medicijnen				
		ja	nec	Totaal
afspraak over terugkomen voor controle	nec	55 (201)	64 (92)	58 (293)
	ja	45 (162)	36 (52)	42 (214)
	totaal	72 (363)	28 (144)	100 (507)
afspraak over terugkomen voor poliklinische controle				
		nec	ja	Totaal
afspraak over begeleiding na het ontslag door anderen	nec	26 (78)	52 (111)	37 (189)
	ja	74 (217)	48 (103)	63 (320)
	totaal	58 (295)	42 (214)	100 (509)

	zekerheid	assertief	stabiliteit
sterk	5% (19)	4% (17)	6% (18)
vrj sterk	28% (108)	29% (114)	30% (95)
sterk, noch zwak	41% (159)	38% (145)	35% (112)
vrj zwak	17% (65)	20% (76)	21% (67)
zwak	9% (34)	9% (33)	9% (29)
totaal	100% (385)	100% (385)	100% (321)
	(Missing 29)	(Missing 29)	(Missing 31)

In dit onderzoek is op twee momenten aan de ex-patienten een aantal uitspraken voorgelegd inzake het uiteindelijke nazorgresultaat drie maanden en zes maanden na het ontslag uit het APZ.

Aan iedere ex-patient werd gevraagd om met behulp van voorgegeven antwoord-categorieen (helemaal eens – eens – noch eens noch oneens – oneens – helemaal oneens) aan te geven in hoeverre een bepaalde uitspraak van toepassing was op zijn eigen persoonlijke situatie. Hiermee beoogden we inzicht te krijgen in de mogelijke resultaten van de nazorg van de ex-patient.

Ten behoeve van de analyse werden enkele uitspraken gespiegeld, dat wil zeggen van negatief in positief omgezet. De uitgevoerde factoranalyse (Alpha-variant) leverde twee factoren op (51 procent verklaarde variantie) en het gegeven dat de uitspraak 'ik kan anderen wel waarderen' (uitspraak 4) bij geen van beide factoren onder te brengen is.

Na oblique rotatie (waarbij het uitgangspunt is dat factoren afhankelijk kunnen zijn) constateren we uit de factormatrix dat op de eerste actor hoog laden de volgende uitspraken:

1. Ik kan goed overweg met mijn eigen gevoelens,
2. Ik kan mijn gedachten goed in de hand houden;
6. Ik voel me voortdurend vrij of tevreden,
7. Ik maak me totaal niet ongerust over de toekomst,
9. Ik denk mogelijke toekomstige problemen te kunnen voorkomen,
10. Ik denk dat het leven voor me dragelijker wordt

De onderliggende dimensie is benoemd als:

- rustige zekerheid inzake de eigen toekomst, kortweg zekerheid

Op de tweede factor laden de volgende uitspraken hoog.

3. Ik kan goed voor mezelf opkomen,
5. Ik kan angst voor anderen wel overwinnen,
8. Ik spaar niet steeds problemen op alvorens ermee voor de dag te komen.

De onderliggende dimensie kunnen we benoemen als:

- assertief in de omgang met anderen, kortweg assertiviteit

Voor de uitspraken-serie die zes maanden na ontslag aan de ex-patiënten zijn voorgelegd zijn we op eenzelfde manier te werk gegaan. Enigszins opvallend was dat de oblique oplossing nu geen twee, maar slechts één factor bood (verklaarde variantie 40%).

We zien dat de twee sterk afhankelijke factoren, voorgelegd zes maanden na ontslag, als het ware samensmelten tot één factor.

De onderliggende dimensie zouden we kunnen benoemen als:

- stabiliteit en zekerheid inzake de eigen toekomstige mogelijkheden, kortweg stabiliteit.

Voor een verdere analyse zijn de ex-patiënten op grond van hun scores als volgt ingedeeld:

	zekerheid		assertief		stabiliteit	
sterk	5%	(19)	4%	(17)	6%	(18)
vrij sterk	28%	(108)	29%	(114)	30%	(95)
sterk, noch zwak	41%	(159)	38%	(145)	35%	(112)
vrij zwak	17%	(65)	20%	(76)	21%	(67)
zwak	9%	(34)	9%	(33)	9%	(29)
<hr/>						
totaal	100%	(385)	100%	(385)	100%	(321)
	(Missing 29)		(Missing 29)		(Missing 31)	

	patiëntengegevens bij het ontslag		krachtig U nazorg Huisarts bevestigt de nazorg		uit medische redenen		uit politieke redenen		hulp bij materiële zaken		ambulante hulp		wie doet de nazorg (P-kaart)		wie gaat de nazorg volgens de eerste patiënt doen de SPD		de huisarts		politiek APZ		algemeen maatschappelijk werk		wie doet de nazorg volgens de tweede patiënt de SPD		de huisarts		vrij gesteld zenuwarts		politiek APZ		algemeen maatschappelijk werk		patiëntengegevens na drie maanden		was nazorg ondertijd geregeld		heeft nazorg plaatsgevonden	
geslacht	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.	p = .00 (V = 14)	n.s.	p = .02 (V = 10)	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.	p = .02 (V = 11)	n.s.	n.s.	n.s.	p = .03 (V = 11)	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.	p = .00 (V = 16)	n.s.	p = .00 (V = 16)	n.s.	p = .01 (V = 13)	n.s.	n.s.	n.s.	p = .05 (V = 11)	n.s.	p = .02 (V = 14)	n.s.	p = .01 (V = 14)	n.s.		
burgerlijke staat	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.	p = .03 (V = 11)	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.	p = .03 (V = 11)	n.s.	n.s.	n.s.	p = .03 (V = 11)	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.	p = .00 (V = 16)	n.s.	p = .00 (V = 16)	n.s.	p = .01 (V = 13)	n.s.	n.s.	n.s.	p = .05 (V = 11)	n.s.	p = .02 (V = 14)	n.s.	p = .01 (V = 14)	n.s.		
opvoeding	p = .05 (V = 11)	p = .03 (V = 12)	p = .02 (V = 13)	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.	p = .00 (V = 16)	n.s.	p = .01 (V = 13)	p = .04 (V = 11)	n.s.	p = .00 (V = 16)	n.s.	p = .03 (V = 14)	p = .00 (V = 16)	p = .00 (V = 16)	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.	p = .00 (V = 16)	n.s.	p = .00 (V = 16)	n.s.	p = .01 (V = 13)	n.s.	n.s.	n.s.	p = .05 (V = 11)	n.s.	p = .02 (V = 14)	n.s.	p = .01 (V = 14)	n.s.		
inkomen	n.s.	p = .01 (V = 16)	n.s.	p = .01 (V = 15)	n.s.	p = .01 (V = 12)	n.s.	p = .00 (V = 18)	n.s.	n.s.	n.s.	p = .03 (V = 14)	p = .00 (V = 16)	n.s.	p = .03 (V = 14)	p = .00 (V = 16)	p = .00 (V = 16)	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.	p = .00 (V = 16)	n.s.	p = .00 (V = 16)	n.s.	p = .01 (V = 13)	n.s.	n.s.	n.s.	p = .05 (V = 11)	n.s.	p = .02 (V = 14)	n.s.	p = .01 (V = 14)	n.s.		
leeftijd	n.s.	n.s.	p = .00 (V = 16)	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.	p = .00 (V = 14)	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.	p = .00 (V = 14)	n.s.	n.s.	n.s.	p = .00 (V = 14)	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.	p = .00 (V = 14)	n.s.	p = .00 (V = 14)	n.s.	p = .01 (V = 13)	n.s.	n.s.	n.s.	p = .05 (V = 11)	n.s.	p = .02 (V = 14)	n.s.	p = .01 (V = 14)	n.s.		
behandelduur	p = .00 (V = 18)	p = .00 (V = 19)	n.s.	n.s.	p = .01 (V = 14)	n.s.	n.s.	p = .00 (V = 18)	n.s.	n.s.	n.s.	p = .03 (V = 14)	p = .00 (V = 16)	n.s.	p = .03 (V = 14)	p = .00 (V = 16)	p = .00 (V = 16)	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.	p = .00 (V = 16)	n.s.	p = .00 (V = 16)	n.s.	p = .01 (V = 13)	n.s.	n.s.	n.s.	p = .05 (V = 11)	n.s.	p = .02 (V = 14)	n.s.	p = .01 (V = 14)	n.s.		
diagnose	p = .00 (V = 19)	p = .00 (V = 21)	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.	p = .00 (V = 18)	n.s.	n.s.	n.s.	p = .03 (V = 14)	p = .00 (V = 16)	n.s.	p = .03 (V = 14)	p = .00 (V = 16)	p = .00 (V = 16)	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.	p = .00 (V = 16)	n.s.	p = .00 (V = 16)	n.s.	p = .01 (V = 13)	n.s.	n.s.	n.s.	p = .05 (V = 11)	n.s.	p = .02 (V = 14)	n.s.	p = .01 (V = 14)	n.s.		
eerste of andere opname	n.s.	p = .00 (p = 21)	p = .03 (p = 10)	n.s.	p = .02 (p = 10)	n.s.	n.s.	p = .00 (p = 18)	n.s.	n.s.	p = .03 (p = 10)	p = .01 (p = 11)	n.s.	p = .00 (p = 16)	n.s.	p = .03 (p = 14)	p = .00 (p = 16)	p = .00 (p = 16)	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.	p = .00 (p = 16)	n.s.	p = .00 (p = 16)	n.s.	p = .01 (p = 13)	n.s.	n.s.	n.s.	p = .05 (p = 11)	n.s.	p = .02 (p = 14)	n.s.	p = .01 (p = 14)	n.s.		

# Bijlage 7.4 — Organisatie en evaluatie van de nazorg

PATIENTGEGEVENS DRIE MAANDEN NA HET ONTSLAG	wie maakt de eerste afspraak	kringt U nu nog nazorg	is er een nazorgplan opgesteld	HULPVERLENINGSGEGEVENS NA DRIE MAANDEN	wie maakt de eerste afspraak	EVALUATIE DOOR EX-PATIENT	ervaat de ex-patient de nazorg als nuttig	heeft de ex-patient de nazorg als prettig ervaren	heeft de ex-patient in de nazorg kunnen meebeslissen	zijn er nog afspraken gemaakt door de nazorg	kon de cliënt meebeslissen	MET WELKE PROBLEMEN HEEFT DE NAZORG KUNNEN HELPEN	- met stress, eenzaamheid	- met het 'alles weer zelf doen'	- met financiële problemen	- met werkproblemen	- met verlatingsproblemen	ervaat de cliënt de nazorg als nuttig	afspraken bij afloop nazorg	vermoed op de hoogte gesteld van afspraken	vermoed inzicht houden op aankomen van afspraken	kon de ex-patient volgens hemoed en volgens de hulpverleners meebeslissen
geslacht	p = 05 (V = 13)	n.s.	n.s.	p = 00 phi = 18	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.		n.s.	n.s.	n.s.	p = 00 phi = 20	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.	
burgerlijke staat	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.	p = 05 V = 27	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.		p = 03 V = 15	p = 05 (V = 14)	n.s.	p = 01 V = 17	n.s.	n.s.	n.s.	p = 00 V = 28	n.s.	n.s.
opvoeding	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.		n.s.	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.
inkomen	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.		n.s.	n.s.	n.s.	p = 04 V = 19	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.
leeftijd	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.	p = 04 (V = 14)	n.s.	p = 05 (V = 14)	n.s.	n.s.		n.s.	n.s.	n.s.	n.s.	p = 05 (V = 14)	n.s.	n.s.	n.s.	p = 01 V = 28	p = 01 V = 17
duur	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.		n.s.	p = 00 V = 27	p = 00 V = 21	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.	p = 05 V = 19	n.s.	n.s.
diagnose	p = 00 V = 17	p = 03 V = 15	n.s.	n.s.	n.s.	p = 08 V = 19	p = 04 V = 25	p = 00 V = 26	n.s.	n.s.	n.s.		p = 00 V = 18	p = 00 V = 20	n.s.	n.s.	p = 00 V = 38	n.s.	p = 00 V = 26	n.s.	n.s.	n.s.
eerste of eerdere opname	n.s.	n.s.	p = 01 V = 15	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.		n.s.	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.

[illegible]



*Bijlage 7.6 — Nazorgdoeleinden naar demografische en klinische kenmerken op basis van de gemiddelde factorscores*

		Faktor 1 zekerheid	Faktor 2 assertiviteit	Faktor 3 stabiliteit
geslacht	man	– 4 22	– 8 06	– 8 92
	vrouw	4 70	8 74	10.81
	totaalgemiddelde	0 15	016	0 32
	significantiewaarde	n s	n.s	n s
leeftijd	< 30 jaar	1 10	3 79	10 49
	30-44 jaar	– 2 79	– 4 83	1 66
	45-65 jaar	2 17	2 47	4 95
	totaalgemiddelde	0 05	0 03	0 08
	significantiewaarde	n s	n s	n s
burgerlijke staat	ongehuwd	– 6 02	– 4 72	– 9 07
	gehuwd	3 64	3 85	9 27
	gehuwd geweest	5 31	2 25	– 1 58
	totaalgemiddelde	0 08	0 20	0 41
	significantiewaarde	n s	n s	n s
opleiding	lager	10 47	8 08	11 33
	middelbaar	– 12 38	– 10 27	– 15 01
	hoger	– 35 83	– 27 06	– 32 69
	totaalgemiddelde	0 38	0 18	0 36
	significantiewaarde	p = 00	p = 03	p = 00
inkomensbron	uit arbeid	– 6 45	– 0 68	– 9 01
	huishoud	14 13	9 80	14 89
	WW/WAO/AWW/pensioen	4 32	– 1 59	3 88
	anders	4 41	– 7 35	– 7 22
	totaalgemiddelde	0 94	0 82	1 44
	significantiewaarde	n.s	n s	n s

*Bylage 7.7 — Nazorgdoeleinden naar klinische kenmerken op basis van de gemiddelde factorscores*

		zekerheid	assertiviteit	stabiliteit
diagnose	psychose	– 5 56	– 17 81	– 20 91
	neurose	17 03	21 70	22 46
	verslaving	– 24 73	– 26 70	– 1 81
	totaalgemiddelde	2 07	– 1 28	– 0 55
	significantiewaarde	p = 00	p = 00	p = 00
eerdere APZ- ervaring	eerste opname	6 20	7 12	0 45
	eerdere opname	– 5 51	– 6 39	– 0 26
	totaalgemiddelde	0 05	0 03	0 08
	significantiewaarde	n s	n s	n s
behandelduur	<2 maanden	9 68	3 12	– 4 53
	2-6 maanden	– 4 00	– 2 23	– 4 44
	> 6 maanden	– 3 21	0 57	9 35
	totaalgemiddelde	0 24	0 23	0 27
	significantiewaarde	n s	n s	n s

**Bijlage 8.1. — Verwacht U een heropname in de komende 3 à 4 maanden (1e en 2e meting) c.q. in de komende 6 maanden (3e meting) en de feitelijke heropname binnen 3, 6 en 12 maanden (in %)**

			Geregistreerde heropname		
			binnen 3 mnd. 12% (n = 62)	binnen 6 mnd. 18% (n = 92)	binnen 12 mnd. 31% (n = 158)
Ex-patiënten (n = 517) verwachten	nee	25 (127)	9 (12)	14 (18)	27 (34)
bij het ontslag een	ja	4 (21)	29 (6)	48 (10)	57 (12)
heropname binnen 3 à 4 maanden	onbekend	71 (369)*	12 (44)	17 (64)	21 (112)
Verwacht op de 2e meting (n = 414)	nee	79 (326)		12 (40)	23 (77)
	ja	5 (19)		32 (6)	53 (10)
	weet niet	16 (69)		38 (18)	54 (26)
Verwacht op de 3e meting (n = 352)	nee	78 (275)			21 (58)
	ja	7 (24)			38 (9)
	weet niet	15 (53)			53 (21)

			Geregistreerde heropname		
			binnen 3 mnd. 12% (n = 62)	binnen 6 mnd. 18% (n = 92)	binnen 12 mnd. 31% (n = 158)
Hulpverleners (n = 515) verwachten	nee	68 (353)	9 (31)	13 (45)	24 (86)
bij het ontslagen een	ja	28 (142)	20 (28)	29 (41)	45 (64)
heropname binnen 3 à 4 mnd.	weet niet	4 (20)	14 (3)	27 (6)	37 (8)
Verwacht op de 2e meting (n = 313)	nee	72 (219)		10 (21)	20 (42)
	ja	20 (61)		51 (31)	69 (42)
	weet niet	8 (24)		4 (1)	33 (8)
Verwacht op de 3e meting (n = 212)	nee	64 (136)			18 (25)
	ja	20 (43)			49 (21)
	weet niet	16 (33)			55 (18)

\* Ten onrechte is de betreffende vraag bij het ontslag niet gesteld aan hen die de vraag inzake het mogelijke optreden van een terugval, ontkennend hadden beantwoord. Voor de volledigheid zijn de gegevens toch opgenomen, hoewel niet vergelijkbaar met de gegevens in de tabel.

**Bijlage 8.2. — Verdeling van drie behandelvariabelen naar heropname (in abs.)**

		echt vrijwillig opgenomen volgens de (intramurale) hulpverlener								totaal
		ja				nee				
		sociale relaties betrokken bij de behandeling				sociale relaties betrokken bij de behandeling				
		niet		wel		niet		wel		
		behandelplan		behandelplan		behandelplan		behandelplan		
		ja	nee	ja	nee	ja	nee	ja	nee	
heropname	nee	19	18	41	30	14	45	51	59	277
	ja	5	11	11	13	16	19	19	38	132
totaal		24	29	52	43	30	64	70	97	409
% wel-heropname		21	38	21	30	53	30	27	39	

*ad voorgeschiedenis*

- al dan niet eerder opgenomen zijn geweest
- problemen vóór de opname
- diagnose

*ad sociale integratie (mogelijkheden)*

- maatschappelijke weerbaarheid 1e meetmoment
- maatschappelijke weerbaarheid 2e meetmoment
- maatschappelijke weerbaarheid 3e meetmoment
- wie heeft U vooral met Uw problemen geholpen?
- vanuit welke woonsituatie werd de patiënt opgenomen?
- naar welke woonsituatie gaat de patiënt na ontslag?

*ad behandeling*

- waaruit bestond de behandeling?
- hoe hebt U de behandeling ervaren? – 1e meetmoment
- hoe hebt U de behandeling ervaren? – 2e meetmoment
- hoe hebt U de behandeling ervaren? – 3e meetmoment
- wie werd bij de behandeling betrokken
- krijgt U nazorg? – 1e meetmoment
- is er bij Uw ontslag of kort daarna iets geregeld van een dergelijke nabegeleiding en wie heeft dat toen geregeld? – 2e meetmoment
- heeft een dergelijke nabegeleiding ook daadwerkelijk plaatsgevonden? – 2e meetmoment
- is er bij Uw ontslag of kort daarna iets geregeld van een dergelijke nabegeleiding en wie heeft dat toen geregeld? – 3 meetmomenten
- heeft de laatste drie maanden een dergelijke nabegeleiding ook (toch) daadwerkelijk plaatsgevonden? – 3e meetmoment
- met welke afspraken is de behandeling geëindigd? – 1e meetmoment
- hebt U zich in het algemeen aan de afspraken kunnen houden die met U bij Uw vertrek waren gemaakt? – 2e meetmoment
- hebt U zich in het algemeen aan de afspraken kunnen houden die met U bij Uw vertrek waren gemaakt? – 3e meetmoment
- ervaart U de nabegeleiding als nuttig of als niet zo nuttig? – 2e meetmoment
- ervaart U de nabegeleiding als nuttig of als niet zo nuttig? – 3e meetmoment

*ad ex-patiëntproblematiek*

- heeft U de eerste weken na het ontslag problemen gehad? – 2e meetmoment
- heeft U de laatste drie maanden problemen gehad? – 3e meetmoment
- voelt U zich geëtiketteerd? – 2e meetmoment
- voelt U zich geëtiketteerd? – 3e meetmoment

*Bijlage 8.4. — Typen patiënten naar vrijwilligheid van opnamen (in %)*

			Opname		totaal
			echt vrij- willig	onder soc. druk	
wel heropname	al eerder opgenomen	psychosen	(14)	(41)	(55)
binnen 1 jaar	geweest		25.5	74.5	12
		neurosen	(46)	(53)	(99)
	(87)		46.5	53.5	22
	19	verslaving	(3)	(12)	(15)
			20	80	3
(138)					
30	nog niet eerder	psychosen	(27)	(65)	(92)
	opgenomen geweest		29	71	20
	(50)	neurosen	(21)	(23)	(44)
	11		48	52	10
		verslaving	(3)	(9)	(12)
			25	75	3
geen heropname	al eerder opgenomen	psychosen	(3)	(21)	(24)
binnen 1 jaar	geweest		12.5	87.5	5
	(155)	neurosen	(7)	(18)	(25)
	34		28	72	55
		verslaving	(1)	(3)	(4)
			25	75	1
(319)					
70	nog niet eerder op-	psychosen	(19)	(33)	(52)
	genomen geweest		36.5	63.5	11
	(165)	neurosen	(11)	(16)	(27)
	36		41	59	6
		verslaving	(1)	(7)	(8)
			12.5	87.5	2
totaal			(156)	(301)	(457)
			34	66	100

$p = .00$ ; Cr.'s  $V = .32$

The mental patient can be viewed as a person following a career (Goffman) in which a number of transition-points can be identified. These transition-points are simultaneously the end of one career-phase and the beginning of another phase in the development and the acquisition of a new identity. One of these transition-points is the termination of treatment and the discharge of the mental hospital.

About people admitted to a mental hospital the public seems to hold the opinion that these people even when being discharged, are not completely recovered and in some time will be mad again. They are seen as potentially mentally ill people and therefore a high-risk category in the society outside the mental hospital. If the former mental patient wants to be seen as a normal person he has to respond to higher demands made by his social networks. Alternatively he may respond to lower demands by accepting not only to be qualified as a ex-mental patient but also to behave like one. It is clear that the pressure to accept the identity of the ex-fool increases with the number of admissions in the medical history of a person. If only from this point of view it seems already important to avoid readmission to a mental hospital as much as possible.

The question on what basic grounds such a readmission takes place and, if known, how to prevent it, forms the keypoint of this research.

More specific: What do mental patients experience after being discharged from a mental hospital:

- what are the problems they are confronted with;
- what support is available;
- which factors can prevent readmission;
- which elements of the pre-patient- and the in-patient-phase of the career of the mental patient are necessary to understand what is happening in the ex- and the re-patient-phase.

The research is therefore aimed at any condition which can be important for a clear view about the ex-patient-phase and particularly at the backgrounds of a readmission and at the predictive factors of it.

To be informed as well as possible we have chosen a multi-moment-investigation and two categories of informants out of seven mental hospitals.

Data have been collected of 517 mental patients and their professional aids at the moment of discharge as well as 3 and 6 months later.

After one year the readmission-rate of these 517 ex-patients was recorded. If not readmitted such a patient was considered as a succesful ex-mental patient.

By this kind of investigation not only expectations of the mental patients and their aids at the moment of discharge could be checked against experiences afterwards but also a new variable could be constructed referring to non-fulfilled expectations. We have called this variable the 'frustration-variable'.

By using two categories another new variable could be constructed describing the degree of agreement between the ex-patient and his aid. We have called this variable the 'discrepancy-variable'.

In the Netherlands yearly about 36.000 people are living for some time in a mental hospital; half of them are discharged within one year. A certain number of those will be readmitted to a mental hospital on account of serious problems related to the available strength.

The 517 of ex-patients appeared representative for the whole ex-patient-population of the Netherlands. Despite the fact that the seven hospitals are not chosen in a selective way the results of the research can be considered as highly valid for the ex-mental patient-situation in general.

To describe the ex-mental patients we mention that:

- only one in twenty is coming from a high social class;
- every second was not married (anymore);
- more than 40% of our informants were diagnosed as neurotic, approximately 50% as psychotic and 10% as addicted. (Neurosis appears as everywhere to be a diagnosis reserved for females.)

With regard to the pre-patient-phase we have asked retrospectively at the moment of discharge the ex-mental patients about their experiences before being admitted.

It is clear that the admission to a mental hospital is the end of a process of asking for help; more than two thirds has visited one or more professional health workers before being admitted.

It also has to be mentioned that more than 50% was not admitted for the first time. In the process of asking for help the General Hospital plays an important role with their psychiatric intervention ward; the specialised extramural health services do not play an important role in this phase. The most important professional who advises the mental hospital admission is the general practitioner; almost half of the admissions are initiated by his intervention.

In the public opinion it is unthinkable that a person goes to and stays in a mental hospital by his own free will. The empirical evidence supporting this opinion is very low; this research shows that three quarters of the admissions are voluntary in the legal sense. That means that once admitted a person formally has the right and the possibility to leave the hospital at every moment.

On the other hand two thirds of the ex-patients according to the information obtained from their aids were admitted under social pressure by members of their social network; even in a way that every third patient mentioned that in the opinion of their relatives they had been admitted to the hospital far earlier. These findings have resulted in the construction of a 'free-will'-scale based on several indicators according to that scale half of the admissions has to be seen as involuntary.



Being admitted involuntary has been found especially among the male ex-mental patients and among the ex-patients with the psychosis diagnosis

As to the in-patient-phase we asked also retrospectively the ex-mental patients and their aids about their experiences on the psychiatric treatment and their experiences on discharge

First of all it has to be mentioned that the time of the treatment was independent from the diagnosis but not independent from the number of admissions a first admission takes mostly a treatment longer than nine months

About the treatment itself we have focused our attention on aspects which anticipate the post-discharge period It is remarkable in how many aspects the opinions of the patients and their aids differ from each other For example the question if there had been a treatmentprogram is answered in only one in three cases by the ex-patient and his aid in agreement with each other, for most of the patients such a plan was never a reality

In the same way we found that participation of relatives in the treatment itself was not very prevalent in the opinions of the ex-patients, whereas the aids, thought these participations much more prominent In 88% of the cases pharmacological treatment is part of the program, generally in combination with other therapeutic activities The mass media frequently report on complaints of mental patient suggesting that a mental patient who has positive feelings about a mental hospital is an exception It is surprising therefore that 85% of the ex-mental patients judge positively about their stay in the hospital at the moment of the discharge More surprising is that two third of the ex-patients maintains this positive judgment also in the six months after discharge

Discharge is the end of the intramural psychiatric treatment, but that doesn't mean that the treatment was terminated for one of every eight ex-patients was this not the case (especially neurotics mentioned this) Neither does it mean that one feels strong enough to overcome all problems as above one in eight did not feel like that (again especially neurotics were feeling that way)

After discharge, the situation at home is not the same as before admission Not only the patient had changed, his social environment and his material possibilities have changed also The aids of the ex-patients informed us that 80% of their patients was prepared to the difficulties of their new life (50% talked spontaneously even about being prepared to labelling) In half of the cases the ex-patients themselves did not share this opinion

To help the ex-patients in their functioning after the mental hospital a number of arrangements were made by the mental hospital and the patient For three quarters of the patients these arrangements concerned the continuation of the use of medicines or further help by others or both In most of the cases the family is asked to supervise the fulfillment of these arrangements (Six months after being discharged most of the ex-patients said have done what was arranged An explanation for this result can be that also most of the professional 'after-care' helpers were agreed which these arrangements )

Generally the future of most of the patients is seen positively on the moment of the discharge, the ex-patients being as optimistic as their aids; arrangements are made, for almost everyone after-care-service are arranged and most of the ex-patients can be judged as socially assertive. The ex-patient-phase is expected to be without a lot of problems.

In reality the ex-patient-phase is something different from expected and shows a number of various aspects.

Not every ex-patient was welcomed with enthusiasm at home: 10% mentioned that their relatives were of the opinion that the discharge had come to soon. Some ex-patients who were employed before admission had got back this work after discharge: one of every four has lost his job and one in five had other work than before.

With regard to the employment situation some saillant facts emerge:

- more than one quarter had work before admission as well as six months after discharge
- more than 40% had no work before admission as well as six months after discharge
- almost 25% had work before admission and were out of their job six months after discharge. (In this group are found relatively many ex-patients who were less than two months in the mental hospital)
- on the other hand one of ten ex-patients had no work before admission and did have work six months after discharge. (In this group one finds relatively many women and ex-patients who were more than six months in the hospital)

On the whole it can be said that at the moment of their discharge the ex-patients were far too optimistic about their future and their aids far more realistic. This phenomenon also occurs in relation with problems which are more specific for ex-mental-patients like stigmatization on account of their being admitted in a mental hospital. The stigmatizationvariable had been constructed by us on the basis of various indicators. Our data suggest that one of every eight ex-patients experienced stigmatization in the period after the discharge.

Another specific problem, namely a sudden 'breakdown', took some 40% of the ex-patients, by surprise, while their aids did expect this 'break-down'. If these helpers were mistaken on this point it was in the group of neurotics; their predictions on the break-down of psychotics were almost perfect.

Are there no ex-patients whose situation after the discharge was ameliorated? Well, three of every four ex-patients mentioned progress since the moment of discharge; one of three mentioned a continuous progress in the six months after the moment of discharge. This however was not the case with ex-patients who were less than two months in the hospital:

- they did not feel prepared for the situation after discharge
- their situation at the discharge-moment was called bad by their aids
- they are disappointed in their expectations regarding the future.

For almost everyone who left the hospital an after-care-service was asked to assist the ex-patient; 85% of the ex-patients were acquainted to this arrangement. After three months nearly one quarter of the ex-patients mentioned that no after-care had taken place. For 7% the first contact took place six months after the discharge. According to our findings at least one of every five ex-patients does not get any after-care although arranged. As in the mental hospital, during the after-care period medicines are playing an important role. It was established that within one year after discharge 31% of the original 517 ex-patients was re-admitted to a mental hospital.

The case-register of Ten Horn (1982) gives practically the same result (38%). One in four ex-patients had not taken into account the possibility of a readmission at the moment of the discharge. As mentioned earlier the aids expectations had more predictive power than the expectations of the ex-patients themselves on this point. The category which is a risk for recidivism can not be identified on demographic characteristics or on diagnosis or on length of treatment. Only an earlier admission in mental hospital appears to be predictive for recidivism, independent of diagnosis and length of treatment. This confirms the results of Rosenblatt and Mayer (1974).

The importance of social relations as predictors of recidivism (Spiegel (1969) en Ranek (1975) is also confirmed by this research.

A great number of aspects concerning the treatment in the mental hospital, as well as a great number of elements in the after-care-service were analysed with regard to their preventive influence on recidivism. None were found. Ten Horn arrived at the same conclusion in her study.

Predictive power can be ascribed to the experience of the social mechanism of stigmatization. This is especially the case for stigmatized psychotics. Stigmatization also exerted positive influence on recidivism regardless whether an ex-patient was admitted for the first time or was recidivist already.

Stigmatizing behavior of the public as experienced by the ex-patient is also stronger a predictor than all positive predictions of the ex-patient and/or his helpers. This stigmatizing-experience still remains predictive for recidivism if no after-care-service is present.

In spite of all these problems more than two third of the ex-patient is still going strong after one year and that is obviously not the result of the psychiatric treatment.



Ton van den Hout werd geboren op 27 mei 1939 te Riel in een gerenommeerde onderwijzersfamilie.

In 1959 behaalde hij na zijn studie te Wernhoutsburg het Staatsexamen Gymnasium-A. Na een aantal studiejaren aan het grootseminarie van de Lazaristen te Eefde en Panningen en na een aantal jaren van praktische werkzaamheden vertrok hij in 1967 naar Leuven om sociologie te gaan studeren aan de franstalige universiteit (U.C.L.) aldaar. In 1970 behaalde hij cum laude zijn licentiaat in de politieke en sociale wetenschappen (specialisatie sociologie).

In 1970 werd hij medewerker aan het Sociologisch Instituut van de Katholieke Universiteit te Nijmegen met name voor projectonderwijs en onderzoekstrainingen. In 1971 koos hij op grond van zijn interesse in de sociologie van het afwijkende gedrag voor het lidmaatschap van de vakgroep sociologie van het gezin en de sociale welzijnszorg. In samenwerking met Prof. Dr. J. Persoon ontwikkelde hij vanaf 1979 de afstudeerrichting Medische Sociologie waarin hij zijn interesse en deskundigheid in de geestelijke volksgezondheid verder ontplooiëde.

Daarnaast is hij sinds enige tijd als buitengewoon docent in de Medische Sociologie verbonden aan de vakgroep gezondheidsleer van de Landbouw Hogeschool te Wageningen.

Als onderzoeker participeert hij aan het onderzoeksprogramma 'Onderzoeksmodellen en beleidsonderzoek inzake Welzijn en Gezondheid'.

Hij is lid van de raad van bestuur van het Antonia Wilhelmina-Fonds en van de Z.W.O.-werkgemeenschap Sociale Psychiatrie.



## **STELLINGEN**

Wanneer in het proces van verandering dat een psychiatrische patiënt tijdens zijn verblijf in het APZ doormaakt niet op enigerlei wijze wordt geparticipeerd door diens sociale netwerk, is het effect van de professionele psychiatrische inspanning uiteindelijk gering. (Dit proefschrift.)

De bijdragen van Comte en Weber aan de sociologie zijn niet ondanks maar juist dank zij hun psychische problematiek tot stand gekomen. (Voorwoord van dit proefschrift en A. Schutz 'The Stranger'.)

Ten onrechte wordt het begrip stigmatisering binnen de studie van ziekte en gezondheid vaak gereserveerd voor cliënten van de geestelijke gezondheidszorg; ook ten aanzien van categorieën patiënten van de algemene gezondheidszorg kan van dit begrip met vrucht gebruik worden gemaakt.

Ambtenaren die voorstellen ontwerpen ten aanzien van de intramurale geestelijke gezondheidszorg dienen voor de adequate uitoefening van hun taak op de een of andere wijze intramurale ervaring te hebben.

Het nadeel van retrospectief belevingsonderzoek kan worden overwonnen door via de methode van multi-moment-opname verwachtingen met ervaringen te combineren. (Dit proefschrift.)

In onderzoeken waaruit blijkt dat de meerderheid van de patiënten tevreden is met de geboden hulp moeten nadere analyses zoveel mogelijk gericht worden op de situatie van de minderheid (zie stelling 3, J. Terpstra, Aan de poort van de sociale werkvoorziening, ITS-Nijmegen, 1985). Om inzicht te krijgen in het verdere functioneren van deze minderheid blijken de hulpverleners de beste predicties te kunnen doen. (Dit proefschrift.)

Het RIAGG als organisatie dient zich niet in de eerste plaats af te vragen hoe zij bij de mensen terecht komt, maar hoe de mensen bij haar terecht komen.

De toenemende verwachting gecreëerd rond de huisarts als primus inter pares met betrekking tot psycho-sociale problemen is omgekeerd evenredig met het vermogen van de huisarts als professioneel vertrouwenspersoon aan deze problematiek tegemoet te komen (GGZ-nota en I. Tijssen, L. Boerma en J. Persoon, 'De medische professie: een heterogene beroepsgroep', in: Gezondheid en Samenleving, maart, 1985).

Categorale zorg blijft noodzakelijk om psychiatrische patiënten behorende tot de etnische minderheden die nog geen toegang hebben tot de Nederlandse taal en cultuur een therapeutisch klimaat te kunnen aanbieden. (Ontleend aan het evaluatieonderzoek Vietnamese patiënten in het APZ 'Wolfheze', maart 1985.)

In de civilisatietheorie van Elias is sprake van een historische ontwikkeling van externe naar interne vormen van sociale controle. De beschavingsarbeid van prelaten in de rooms-katholieke kerk geeft gezien de uitlatingen van haar neophiete gezagsdragers het effect daarvan te zien. Etikettering van 'devianten' door deze 'moral entrepreneurs' neemt thans de vorm aan van een beroep op het geweten waarbij aangedrongen wordt op zelf-uitsluiting.

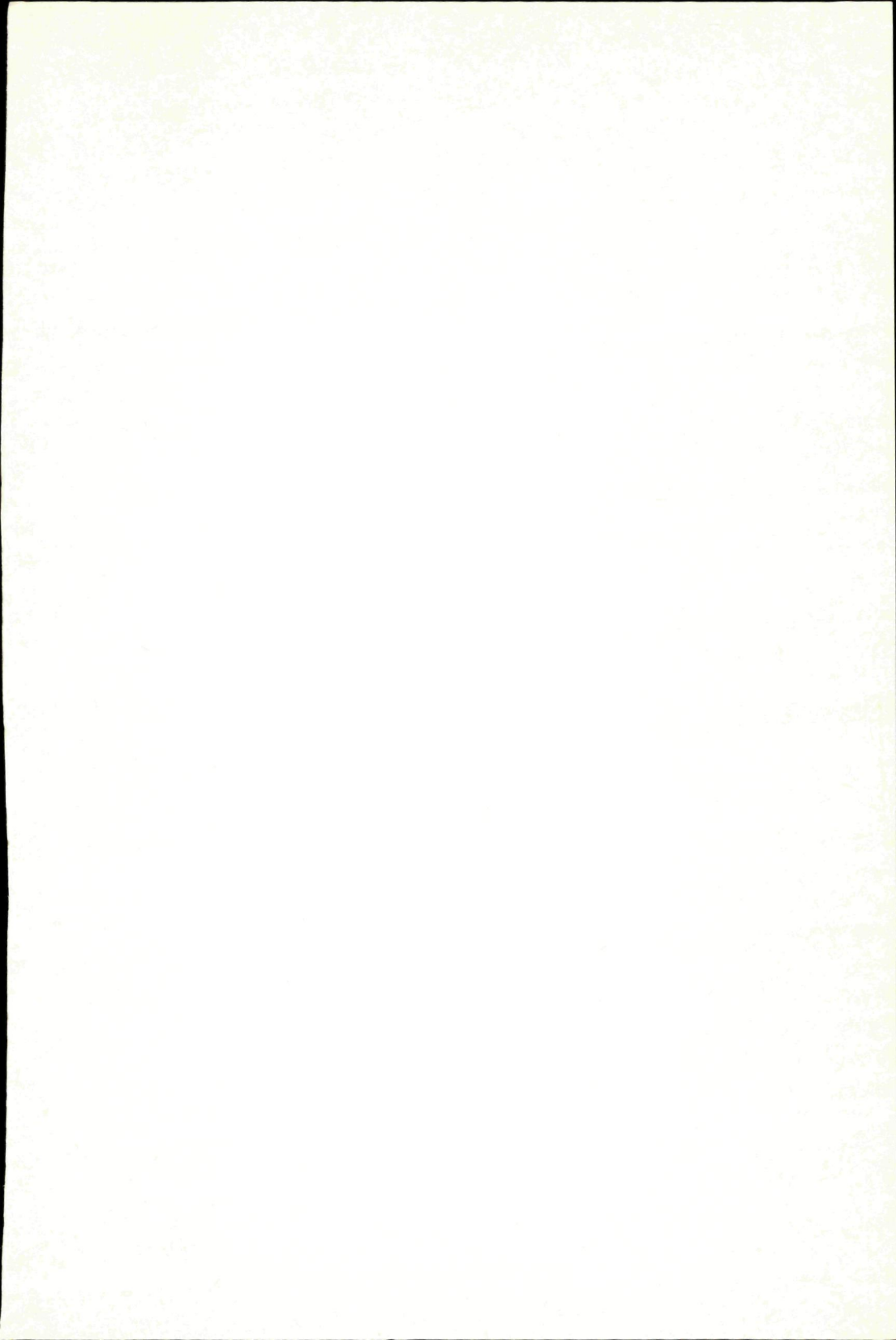
Het bestaan van pre- en post-natale depressies dient geen aanleiding te zijn een mode te creëren rond pre- en post-dissertale depressies.

Zelfs het feit dat de Amerikaanse en Russische strategie al decennia lang gebaseerd is op een afschrikkingsbegrip dat bekend staat als MAD ('Mutual Assured Destruction': Time 11-2-1974) heeft niets bijgedragen aan een beter begrip van het waanzinnige van de bewapeningswedloop.

Hoe meer men verwezen wordt in de (geestelijke) gezondheidszorg, hoe verder men van huis raakt.

Stellingen behorende bij het proefschrift 'Ontslagen Psychiatrische Patiënten. Een longitudinaal onderzoek naar heropname', A.C.A. van den Hout.





ISBN 90 6370 438 0